Der chronische Kopfschmerz

und seine

Behandlung mit Massage

von

Dr. **Gustaf Norström.**

Übersetzt nach der zweiten erweiterten englischen Auflage

von

Dr. **Hermann Fischer**

New York, U. S. A.

Leipzig

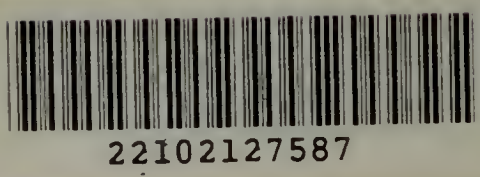
Verlag von Georg Thieme

1903.

K

54263

NOR. STROH


22102127587

Der chronische Kopfschmerz und seine Behandlung mit Massage

von

Dr. **Gustaf Norström.**

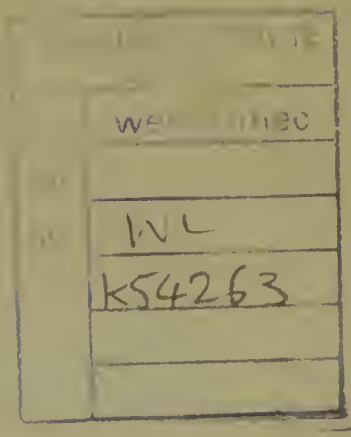
Übersetzt nach der zweiten erweiterten englischen Auflage

von

Dr. **Hermann Fischer**
New York, U. S. A.

Leipzig
Verlag von Georg Thieme
1903.

303950



Vorwort.

Die Massage als therapeutisches Mittel in verschiedenen Erkrankungen sowohl der nervösen als der Bewegungsapparate allein oder als unterstützendes Mittel ist wohl heutigen Tages Allgemeingut aller Ärzte geworden. Weniger bekannt, wenigstens in Deutschland, ist diese Behandlungsmethode für gewisse Formen von chronischem Kopfschmerz, die, wie die Arbeiten besonders der schwedischen Autoren Norström, Helleday, Henschen etc. gezeigt haben, auf chronische entzündliche Veränderungen der Halsmuskeln und der Kopfschwarte zurückzuführen sind. Der Übersetzer, der häufig Gelegenheit hatte, die ausgezeichneten Resultate des Autors in diesen Affektionen, die für die Patienten so äusserst quälend sind, selbst mit zu verfolgen, hielt es der Mühe für wert, diese Arbeit auch den deutschen Ärzten durch die Übersetzung zugänglich zu machen. Der Gegenstand ist ja nicht allein für den Nervenspezialisten, sondern auch besonders für den praktischen Arzt von grossem Interesse. In der deutschen Litteratur nimmt nur Prof. Edinger in Frankfurt auf diese Arbeiten Bezug. In seinem erschöpfenden Artikel über Kopfschmerz und Migräne in der deutschen Klinik drückt er sich folgendermassen aus: „. . . ., aber geheilt habe ich keinen Kranken, ehe ich wusste, dass für die älteren Fälle nur ein Verfahren in erster Linie in Betracht kommt, die Massage. Hätte ich die Arbeiten der Schweden Henschen, Helleday, Norström früher gekannt, so hätte ich meinen Kranken viel mehr Nutzen bringen können. Diese Arbeiten sind in der deutschen Litteratur noch lange nicht ausreichend geschätzt."

Der Übersetzer.

Im April 1885 publizierte ich meine erste Arbeit über die Behandlung der Migräne mit Massage. In dieser kleinen Arbeit, die eine Kasuistik von 36 Fällen enthielt, deren grösster Teil meine eigenen Fälle betraf, einige davon jedoch Henschens und Wretlinds etc. Fälle waren, wies ich darauf hin, dass manche sogenannte Kephalalgien in Wirklichkeit sekundäre Neuralgien waren, die ihren Ursprung von chronischen Entzündungsherden in den Muskeln des Halses nahmen.

Diese Entzündungsherde findet man sehr häufig in der Nähe der Muskelinsertionen, manchmal jedoch auch im Muskelbauche selbst. Um meine Ausführungen noch genauer zu gestalten, erinnerte ich an die Thatsache, dass schmerzhafte Affektionen in anderen Gegenden keine andere Ursache hätten. Ich erinnerte an Fälle von Sciatica, welche mehrere Jahre gedauert hatten und welche dadurch geheilt waren, dass man die Muskelentzündungen der Gluteal- und Beckenoberschenkelmuskeln zum Verschwinden brachte. Die Verhältnisse liegen bei Migräneanfällen ähnlich: die Schmerzen waren ungemein heftig, unregelmässig lokalisiert — unvorhergesehenen Exacerbationen und regellosen periodischen Anfällen unterworfen, gleich denjenigen der Neuralgien. Massage der Muskelinsertionen am Cranium oder der fleischigen Teile des Musc. sterno-cleido mast. und anderer Muskeln des Halses brachten, genügend lange durchgeführt, um diese entzündlichen Depots zu entfernen, auch die Neuralgie zum Schwinden. Ich war daher wohl berechtigt, zu den bekannten Formen der Migräne noch eine neue Form entzündlichen und muskulären Ursprungs hinzuzufügen.

Für diese Form schlug ich eine heilende und die Ursache entfernende Behandlung vor.

Meine Arbeit forderte die Kritik in der verschiedensten Weise heraus. Einige Kritiker begnügten sich einfach, hinter den Titel ein Frage- und Ausrufungszeichen zu setzen, eine Art der Beurteilung, die sicherlich sehr witzig ist. Ein anderer machte die Bemerkung, dass das Blut im Gehirn vom Herzen käme und nicht von der Peripherie, wie ich geschrieben hätte. Ich war mir dessen wohl bewusst, aber da ich Galen zitierte, so musste ich wiederholen, was er sagte. Andere griffen meine Theorie selbst an. Die Thatsachen, die ich vorbrachte, wurden nicht in Frage gestellt, die beschriebenen Resultate wurden als wahr angenommen, aber mir wurde der Vorwurf gemacht, Migräne im Titel erwähnt zu haben, während ich Beobachtungen von Kephalalgie beschrieb, die nichts gemein hätten mit der ersteren. Diese war wohl die berechtigtste Kritik. Indem ich von Migräne sprach, gebrauchte ich den Ausdruck der Patienten, aber diese brauchen notwendigerweise keine Nosographen zu sein, und wohl wissend, dass dieser Ausdruck nicht ganz am Platze sei, gebrauchte ich die Bezeichnung „Kephalalgie" in meinen Beobachtungen, um den Hauptcharakter der Schmerzen anzudeuten.

Ich bin daher nicht geneigt, das Wort Migräne beizubehalten, in der That so wenig, dass ich versuchen werde, klar zu machen, was die Pathologen jetzt mit diesem Ausdruck bezeichnen, und dann die Erscheinungen damit vergleichen, welche ich in meinen neuen Beobachtungen, die ich publizierte, beschrieben habe. Dieses wird den Leser am besten in den Stand setzen, zu beurteilen, ob die Phänomene nach seiner Idee Migräne sind oder etwas anderes.

Ich habe diese Arbeit nicht nur publiziert, um einige unbekannte Facta zu veröffentlichen. In meiner ersten Veröffentlichung versuchte ich, den kausalen Zusammenhang, der zwischen Halsmuskelentzündungen und Kopfschmerz besteht, klar zu machen und zu beweisen, dass alles unter einer methodischen Behandlung

geheilt werden kann. Ich glaube, dass ich meinen Zweck erreicht habe. Aber lediglich zu zeigen, dass eine Behandlungsmethode legitim ist, genügt nicht. Ich habe nie den extremen Standpunkt vertreten, dass alle extracraniellen Kephalalgien notwendigerweise muskulären Ursprungs wären, oder dass alle limitierten chronischen Myositiden des Halses ohne Ausnahme paroxysmale Schmerzen von migräneartigem Charakter hervorriefen, noch habe ich behauptet, dass, wenn all diese Erscheinungen vorhanden sind, man immer mit unserer in Frage stehenden Behandlung Erfolg hat, dieselben zu beseitigen, und dass Massage ein unfehlbares Mittel sei, welches keine Kontraindikationen und keine Misserfolge aufzuweisen hat. Wenn ich dieses behauptet hätte, so wäre ich in schwere Irrtümer verfallen. Wie sehr man auch immer überzeugt sein mag, so würde uns die Erfahrung bald die Augen öffnen und uns zeigen, dass, wenn der Glaube auch früher ausgereicht haben mag, Berge zu versetzen, er doch nicht immer ausreicht, um zu heilen.

Misserfolge sind häufig die Vorstufe zum Erfolg. Sie zwingen uns, rückwärts zu blicken, Einzelheiten genauer zu prüfen, zu ergründen, warum das, was einen so gründlich und schnell heilte, bei dem anderen erfolglos war. Nach einigen Beobachtungen dieser Art werden wir blindes Zutrauen und Mutlosigkeit vermeiden und dieselben durch logisches Denken, das man durch die Erfahrung gewonnen hat, ersetzen.

Ich werde versuchen, dieses in vorliegendem Werk durchzuführen.

§ 1. Kephalalgien, behandelt mit Massage. Ihr Vergleich mit Migräne. Was versteht man unter dieser Bezeichnung? Beobachtungen verschiedener Typen von Kephalalgien, ihre Analyse.

Denjenigen, welche mir vorgeworfen haben, Migräne mit Kopfschmerzen verwechselt zu haben, die sowohl vom klinischen wie pathogenetischen Standpunkte aus verschieden von ihr sind, möchte ich folgendes antworten: „Ich erkenne Ihre Einwürfe an und werde

dieselben beherzigen, aber geben Sie mir die Grundlagen zur Vergleichung und die genaue Beschreibung der Migräne. Dieses wird mich davor bewahren, meine und meiner Patienten Zeit zu vergeuden, wenn Massage keinen Zweck hat. Diejenigen, denen ich dieses Argument entgegenstelle, würden wahrscheinlich in Verlegenheit geraten, wie sie es beantworten sollten. Ein Hindernis, das sich jeder objektiven Kontrolle entzieht, erschwert das Studium dieser Affektionen, nämlich die fast unbeschreibbaren Empfindungen, die dabei vorzukommen pflegen. Wie sollen wir sie definieren? „Was ist Migräne, nicht in ihrem Wesen, sondern in ihrer Erscheinungsweise, und wie sollen wir dieselbe von den vielen Arten von Kephalalgien unterscheiden, mit der sie so scheinbare Ähnlichkeit hat?“ So drückte sich Lasegue selbst im Jahre 1873 aus. Die Schwierigkeiten, von denen er sprach, bestanden nicht allein zu der Zeit, sie sind selbst jetzt noch nicht aufgeklärt. Vor mir liegt ein Buch über Migräne, welches vor einigen Jahren publiziert wurde und welchem ein Preis von der Académie française[1]) zuerkannt wurde. Der Autor hat sein Möglichstes gethan, zu vermeiden, diesem Werke einen persönlichen Stempel aufzudrücken. Es ist eine sehr genaue und methodische Darstellung des wissenschaftlichen Standpunktes zur Zeit, als es verfasst wurde. Trotz der Klarheit der Behauptungen und Erörterungen bemerkt man leicht, dass das Bild der Migräne nicht so scharf ist, wie man wünschen möchte, und dass die klinischen Charakteristica nicht präzise angegeben sind.

Der Symptomenkomplex, wie er unter dem Namen Migräne beschrieben wird, umfasst folgendes:

1. Einen Kopfschmerz, dessen genaue Lokalisation und Charakter in den verschiedenen Personen wechselt.

2. Häufige gastro-intestinale Störungen, welche aber nicht notwendigerweise vorhanden sein müssen.

---

[1]) Thomas, „La Migraine“. Delahay & Lecrosnier, 1887.

3. Objektive Erscheinungen, deren bemerkenswerteste Röte oder Blässe des Gesichtes ist. All dieses tritt plötzlich und unvermittelt in Form eines Anfalles auf. Diese Attacken kehren regelmässig wieder. Wenn mehr als einer die Woche, oder mehr als zwei den Monat kommen, so ist es keine Migräne. Dies ist eine schnelle Skizze der Erkrankung. Lassen Sie uns auf dieses Bild noch mehr oder weniger hellere Farben, die wir den Beschreibungen der Patienten entnehmen, auftragen, wie Unregelmässigkeiten im Beginn, Störungen der Innervation, der Phonation, Respiration, Menstruation, und wir werden mit all diesen Nebenerscheinungen die vollständige Reihe der Symptome haben, die wir in allen Lehrbüchern zusammengestellt finden.

Ueber die Bezeichnung selbst ist man noch nicht ganz einig. Herr Thomas sagt: „Der Ausdruck Migräne kommt direkt von Galen“. Die Deutschen ziehen es vor, die ursprüngliche Bezeichnung beizubehalten und gebrauchen das Wort Hemicranie. Dieser Name ist etwas irreführend, da er scheinbar die Idee verbreitet, dass der Schmerz nur auf eine Seite des Kopfes beschränkt ist, während er sehr häufig auf beide Seiten ausstrahlt. In den letzten Jahren scheint sich jedoch auch diese Idee modifiziert zu haben.

Finden wir nun mehr Übereinstimmung in Bezug auf die Pathogenese? Wir brauchen nur das in Frage kommende Kapitel des vorliegenden Buches zu lesen, um belehrt zu werden. Es sind verführerische Theorien darin enthalten. Mit Wärme empfahl man die eine oder die andere. Thomas hat über dieselben nachgedacht und sie freimütig dargelegt. Man möchte glauben, dass er sie alle gutheisst, geht er aber an die kritische Wertschätzung heran, so häufen sich die Unwahrscheinlichkeiten, die Widersprüche sind evident, und von all diesem Aufbau bleibt nichts als Hypothesen ohne Beweis, deren kritische Beleuchtung oft grausam ausfallen würde.

Nachdem der Autor alles durchgesprochen und in Erwägung gezogen, kommt er per exclusionem zu einer solchen ängstlichen und zweifelnden Ansicht, dass es Schwierigkeiten machen würde, dieselbe

als unrichtig zu beweisen. Alle Wahrscheinlichkeiten neigen sich zu Gunsten einer Neuralgie, die ihren primären Sitz in einem bestimmten Zweig des Nervus trigeminus hat. Die Irritation wird später auf Fasern des Nerv. sympathicus und vielleicht der Gehirnsubstanz selbst übergeleitet. Vielfache Ursachen konstitutioneller Natur können einen Anfall hervorrufen; Rheumatismus und Gicht im besonderen bereiten den Boden dazu vor. Welche Veränderungen haben sie in den nervösen Apparaten hervorgebracht? Diese Frage ist unmöglich zu beantworten.

Ist sie denn eine solche klassische Neurose mit derartig in die Augen springenden Symptomen, dass Kritiker berechtigt sind, mir Vorwürfe zu machen, sie nicht erkannt zu haben?

Ein unparteiischer Autor hat den Mut gehabt, der Sache auf den Grund zu gehen und dieselbe ohne vorgefasste Meinung zu untersuchen. Er kommt zu dem Schlusse, dass die Migräne eine bestimmte Neuralgie sei, deren Anfälle verstärkt und deren Charakter während ihrer Dauer verändert wird. Lasegue sagt, dass es fast unmöglich ist, die Symptomatologie der Migräne festzulegen; Thomas ist nicht weit davon zu behaupten, dass Migräne überhaupt nicht existiert.

Seit die Arbeit von Thomas veröffentlicht wurde, ist viel über Kopfweh und besonders über Migräne geschrieben. Wir finden dieselbe Verwirrung überall, besonders in Bezug auf Migräne. Die verblüffendsten Theorien sind vorgeschlagen, um seine Ursache und Natur zu erklären; aber sie sind nichts als blosse Hypothesen und zeigen, wie wenig die Autoren den Gegenstand verstehen.

Wir wollen Schwierigkeiten nicht Schritt für Schritt aufnehmen und zu berichtigen suchen, die die Natur selbst nicht entschieden hat. Wir wissen nicht, ob in den klinischen Werken der Zukunft diesem Symptomenkomplex dasselbe passieren wird, wie der Apoplexie und Hemiplegie, d. h. ob sie lediglich als Symptom betrachtet werden wird, anstatt als eine selbständige Erkrankung beschrieben zu werden. Diese Eventualität soll mich nicht sehr abschrecken.

Ich werde hier einige der vielen Fälle zitieren, die ich Gelegen-

heit hatte, mit Massage zu behandeln. Sie werden für meinen Zweck genügen, da ich keine lange Abhandlung zu schreiben gedenke und da ich nicht versucht habe, statistisches Material zusammenzutragen. Ich werde die Kephalalgien beschreiben, wie sie sich mir dargeboten haben. Meine Leser mögen sie mit dem Namen benennen, der ihnen am passendsten scheint. Wenn zufälligerweise die Patienten Symptome zeigen sollten, ähnlich denjenigen, die ich aufgezählt habe, so ist es von Wichtigkeit, sich daran zu erinnern, dass in diesen Fällen sehr häufig Entzündungsherde in den Muskeln des Nackens vorhanden sind, und dass, wenn diese verschwinden, die Schmerzen Gelegenheit haben, ebenfalls zu verschwinden.

Mein erster Fall ist der eines Patienten, welchen ich verschiedentlich für rheumatische Affektionen in verschiedenen Körperteilen behandelt habe, und der ungefähr seit einem Jahre an Kopfweh litt.

Der Schmerz, der einen dumpfen Charakter hat, ist relativ erträglich. Er ist fast konstant, aber verlässt ihn nachts. (*Beob. I.*)

In allen anderen Patienten bestand ein gemeinsames Charakteristikum: die zufällige Exacerbation oder das unerwartete Auftreten des Schmerzes in Form eines Anfalles. Von all diesen Personen wurde geglaubt, dass sie an einer inveterierten Migräne litten. Die Anfälle differierten in Art und Form bei den verschiedenen Patienten.

Ein Mann von 50 Jahren, der seit 15 Jahren litt, hatte Anfälle von drei verschiedenen Typen. *(Beob. II.)*

1. Heftige und schnell rekurrierende Anfälle. Diese waren nicht die schmerzhaftesten. Der Schmerz begann plötzlich, zu irgend einer Zeit des Tages, in der rechten Occipitalgegend. Die Anfälle dauerten 48 Stunden. Sie waren heftig genug, ihm alles Arbeiten unmöglich zu machen, wurden aber weder von Erbrechen begleitet noch von Veränderungen in der Gesichtsfarbe.

2. In den Intervallen und besonders in kaltem Wetter, im Herbst, während des Winters und im Beginn des Frühjahres, tritt

die zweite Art von Anfällen in Erscheinung. Sie gleichen eher gewöhnlichen Anfällen von Migräne, als die anderen. Der Patient fühlte am Morgen eine Schwere im Kopf, dann Schmerz, der in der Occipitalgegend begann, allmählich sich verschlimmerte und seine maximale Intensität gegen Abend erlangte. Bei der ersten Art der Anfälle war Schlaf unmöglich, bei der zweiten Art war Schlaflosigkeit häufig. Am folgenden Tage war der Anfall vorüber. Während seiner Dauer war das Gesicht gerötet und die Pulsfrequenz erhöht.

3. Ein Anfall, weniger häufig und regelmässig als die vorhergehenden, wurde nur durch Zugluft hervorgerufen. Er bleibt in der Schläfengegend lokalisiert.

Die Form der letzten beiden Anfälle und die Ursachen, die sie hervorriefen, waren genügend, um einen an Rheumatismus denken zu lassen. Dies war ein komplizierter Fall, was man ersehen kann, wenn man die Beobachtung liest.

Es waren palpable Veränderungen in verschiedenen Körpergegenden vorhanden und es ist wahrscheinlich, dass die auslösende Ursache des Anfalles nicht immer von demselben Punkte ausging.

Ein anderer Patient, 55 Jahre alt *(Beob. III)*, hatte Anfälle, die sich fast immer viermal im Monat ereigneten. Diese zeigten nicht dieselben Unähnlichkeiten und Unregelmässigkeiten als die Fälle, die wir eben besprochen haben. Was noch eine andere Ähnlichkeit mit den traditionellen Anfällen von Migräne darstellte, war die fast konstante Gegenwart von Übelkeit, mit welcher die Kephalalgie verbunden war. Es giebt vielleicht kaum zwei Fälle, in welchen die Symptomatologie übereinstimmte.

Ein dritter Patient fühlte einen akuten Schmerz an der einen Seite des Nackens, der nach vorn bis über die Stirn ausstrahlte. Infolge eines dieser Paroxysmen, von denen wir Beispiele schon besprochen haben, war dieser Anfall, der so wenig einer Migräne glich, von Erbrechen und einer augenscheinlich geringen Lähmung des rechten Armes, den der Patient mit Schwierigkeiten heben

konnte, verbunden. (*Beob. IV.*) Dieser Fall zeigt einen Symptomenkomplex, der manchmal mit dem Namen „Augenmigräne“ bezeichnet wird, und welchen man vollständig von der klassischen Hemicranie abtrennen möchte. Die Anfälle waren von anderen paroxysmalen Schmerzen in der Weiche und im rechten Arm begleitet. (*Beob. V.*)

Eine Dame, 26 Jahre alt, ist besonders mit intraorbitalen Schmerzanfällen behaftet. In diesem Falle muss man die Eigentümlichkeiten des Anfalles beachten. Die Patientin klagt über Schmerzen in der Stirn, welche bis tief in die Orbitalhöhle ausstrahlen. Sie hat Tinnitus aurium und ein taubes Gefühl im Gesicht und in der Kopfhaut. Über der Scheitelbeingegend hat sie ihr Haar teilweise verloren. (*Beob. VI.*)

Frau C., 40 Jahre alt, litt seit ihrem 16. Jahre an Chlorose. Diese Krankheit hinterliess eine paroxysmale Kephalalgie, die sich seitdem verschlimmert hat. Sie selbst nennt es Migräne, der Ausdruck indessen ist absolut unrichtig. (*Beob. VII.*)

Bei einem Mann, 30 Jahre alt, besteht die Erkrankung in einem Stirnschmerz, der alle 14 Tage wiederkehrt. (*Beob. VIII.*)

Bei einer Frau, 28 Jahre alt, ist ein blitzartiger Schmerz, der vom Nacken ausgehend nach allen Richtungen durch den Kopf schiesst und nach dem Orbitalrande ausstrahlt, von einem juckenden Gefühl auf der Conjunctiva begleitet. Diese Krisen dauern manchmal 72 Stunden; sie sind besonders heftig während der Menstruation. (*Beob. IX.*)

Zum Schluss haben wir noch den Fall einer jungen Italienerin, 24 Jahre alt, deren Anfälle von sehr heftigem Charakter waren. Sie waren auf die rechte Seite beschränkt und schienen in der letzten Zeit an Zahl und Intensität zugenommen zu haben. Man kann durch Druck auf die Cervicalganglien des Nervus sympathicus einen heftigen Schmerz auslösen. (*Beob. X.*)

Von den zehn Patienten, deren Anfälle wir eben besprochen haben, litten nur vier ausserdem an einem habituellen, dumpfen

Kopfschmerz. Bei einem jungen Mädchen, 23 Jahre alt, von dem wir später reden werden und dessen Anfälle nach einer langen und ermüdenden Reise auftraten, sahen wir allgemeine heftige Kopfschmerzen, die mit einem frontalen Kompressionsgefühl und Schwere der Augenlider verbunden waren. All diese Beschwerden verschlimmerten sich während der Menstruation, ohne einen deutlichen paroxysmalen Charakter anzunehmen. Die Anfälle kamen nach Anstrengungen, die genügt hatten, einen deutlichen Chok hervorzubringen. *(Beob. XI.)*

Ich möchte nicht behaupten, dass in diesem Falle ein nervöses Substratum nicht vorhanden gewesen wäre, und dass eine Hysterie ausgeschlossen wäre. Diese hat indessen nur dazu beigetragen, den Anfällen ihre Physiognomie aufzudrücken, ohne sie zu veranlassen, da sie spurlos verschwanden, zugleich mit der Besserung der Myositisherde.

Zu diesen Beobachtungen, die ich in der französischen Ausgabe meiner Arbeit aufgeführt habe, möchte ich noch drei Fälle hinzufügen, welche ich kürzlich behandelt habe, da sie nicht allein interessant sind, sondern da zwei davon besonders bemerkenswert sind.

Der erste Fall betrifft eine Dame von 55 Jahren, die seit 30 Jahren an Kopfweh litt. Bis zum Ende des Klimakteriums waren die Schmerzen verhältnismässig ertragbar gewesen. Nach dieser Zeit hatte sie mehr zu leiden. Der Schmerz, von akutem, schiessendem Charakter, war heftig genug, um sie zu zwingen, im Bett zu bleiben. Er begann an der rechten Seite und zog sich dann langsam nach links hinüber. Zu einer Zeit klagte sie auch über Schmerzen in der Temporalgegend. *(Beob. XII.)*

Der zweite Fall betrifft ein junges Mädchen von 14 Jahren. Der Schmerz, der einen dumpfen Charakter hat, war fast konstant seit zwei Jahren. Er zieht den ganzen Kopf in Mitleidenschaft und wird stets durch geistige Anstrengungen und vor der Menstruation schlimmer. *(Beob. XIII.)*

Der dritte und letzte Fall betrifft einen Patienten, der seit 35 Jahren an Migräne und Kopfneuralgie gelitten hatte. In den letzten sieben Jahren waren die Schmerzen besonders heftig, so dass der Patient selten schmerzfreie Nächte hatte. Die rechte Seite ist häufiger affiziert. *(Beob. XIV.)*

Die Ursachen, welche diese Erkrankungen hervorriefen, waren am häufigsten diejenigen, welche die Veranlassung zu rheumatischen Affektionen werden, wie: Zugluft, feuchte Jahreszeit, das Herannahen von Regen und Schnee. All dieses fällt zusammen mit dem, was wir aktuell von der Natur und Ätiologie der chronischen lokalisierten Myositis wissen. Unter diesen Verhältnissen, sagt Helleday, kann man die rheumatische Diathese als wahren Barometer betrachten.

Was die Anfälle selbst betrifft, so genügt ein Klimawechsel, besonders das Herannahen von feuchtem und kaltem Wetter, heftige Bewegung, physische und psychische Ermüdung, wie z. B. Gehen, dazu, dieselben auszulösen. Eine Reise, fortgesetzte Konzentration des Geistes (Museenbesuch), der Aufenthalt in Räumlichkeiten, die überhitzt und schlecht ventiliert sind, wie Theater und grosse Kaufläden, ja sogar ein Wechsel des gewohnten Lebens sind häufig genügend, um einen Anfall herbeizuführen. Wie kommt es denn nun, dass die Veränderungen im Muskelgewebe, bestehend in chronischen Muskelentzündungen am Nacken, Temporalgegend etc., immer vorhanden sind, und dass es in den meisten Fällen Intervalle von längerer und kürzerer Dauer — von einem Tage bis zu Wochen — giebt, in denen der Patient nicht von Schmerzen heimgesucht wird? Die Erklärung dafür ist, dass die chronische Myositis sich stets langsam und schleichend entwickelt. Der Körper gewöhnt sich an die Gegenwart dieser entzündlichen Herde und reagiert nicht darauf. Ein Faktor muss jedoch zu den schon bestehenden hinzukommen, um den Patienten Beschwerden zu machen. Dieser Faktor ist aktive Kongestion, entweder von den ebenerwähnten oder vielleicht von anderen Ursachen herrührend. Dass dieses in der That so ist, können wir häufig während oder vor

einem Anfall feststellen, nämlich: wie die Entzündungsherde in den Muskeln stärker geschwollen und zur selben Zeit empfindlicher gegen Druck sind, und wie die Schwellung heruntergeht und verschwindet, sobald der Anfall vorüber ist.

Sehr oft findet man in derselben Person verschiedene Gelegenheitsursachen, die fähig sind, einen Anfall heraufzubeschwören. Nicht sehr selten hört man den Patienten über eine herannahende Krisis sich folgendermassen aussprechen: „Oh, Doktor, ich bin fast sicher, dass ich morgen eine Attacke haben werde, da meine Schwellungen heute auf Druck empfindlicher sind.“ Und die Patienten täuschen sich selten in ihren Voraussetzungen.

Lassen Sie uns nun die Veränderungen besprechen, die wir durch Palpieren in den Muskeln selbst und besonders in ihren Insertionen finden:

Beob. I. Resistenz von der Grösse einer Nuss im Muskelbauche des rechten Splenius capitis, Schwellung des Skalps in der Nähe der Durchtrittsstelle des Nerv. occip. min. An der linken Seite Schwellung und Druckempfindlichkeit über der Insertion des Musc. trapezius.

Beob. II. An der rechten Seite hinter dem Proc. mast. deutliche Induration, entsprechend den Muskelanheftungen. Andere Indurationen fanden sich im Musc. trapezius, entsprechend der Mitte des Nackens; Druck in dieser Gegend ruft Schmerzen im Vertex und in der Orbita hervor. Geschwollene und schmerzhafte Drüsen befinden sich in der Nachbarschaft. Druckschmerz über dem oberen und mittleren Ganglion des Nervus sympaticus.

An der linken Seite fühlt man symmetrische Indurationen, der Insertion des Musc. sterno-cleido mast. entsprechend. In der Substanz eines der Musc. scalen. ein resistenter Knoten, besonders deutlich über seiner unteren Insertion. Schmerz bei Druck über obere und mittlere Halsganglien.

Beob. III. An der rechten Seite Induration in der Anheftung des Musc. splen. capit. an das Cranium; Resistenz in beiden Musc.

sterno-cleido mast. ein wenig unterhalb der Insertion am Proc. mastoid. Indurationsherde entlang der Schädelinsertion des Musc. trapezius. Verdickung seiner Aponeurose in der Gegend der Protuber. occip. ext. Schmerzhaftigkeit entlang des Nerv. supra-orbital. in der rechten Stirnbeingegend.

Beob. IV. An der rechten Seite eine Stelle hinter dem Proc. mast. druckempfindlich, eine andere Stelle entlang des Trapezius. An der linken Seite schmerzhafte Anschwellung in der Höhe der Schädelinsertionen des Splenius capit., Trapezius und Musc. temporal.

Beob. V. Rechts eine Induration von der Grösse einer Mandel entsprechend der Spleniusinsertion, Schwellung und Empfindlichkeit entsprechend dem Sitz der Insertion des Musc. sterno-cleido mast., dieselbe Schwellung im Musc. temporal.

Zwei der Lymphdrüsen des Halses sind geschwollen und schmerzhaft. Das mittlere Halsganglion des Nerv. sympathic. ist geschwollen und druckempfindlich. Links Druckschmerz in der Nähe des oberen Halsganglions, weniger schmerzhaft über dem mittleren.

Beob. VI. Beiderseits Indurationen am oberen Rande des Trapezius. Links Induration in der Insertion des Sterno-cleido mast.

Beob. VII. Rechts im oberen Teile des Trapezius eine Muskelschwiele von der Grösse einer Nuss. Schmerzpunkt im Verlauf des Scalenus medius. Mittleres Halsganglion geschwollen und empfindlich. Links in der Tiefe des Trapezius (Halsteil) kleine Induration von der Grösse einer Nuss. Eine andere Schwiele im Ansatzpunkt des Sterno-cleido mastoid., Ödem der Haut und des subcutanen Bindegewebes. Infiltration des Skalpes in der Nähe der Occipitalgegend.

Beob. VIII. Rechts Schmerzhaftigkeit der Schädelansätze der Halsmuskeln, über der Protuberantia occipital. und dem Proc. mastoid. Beide Ganglien des Nerv. sympathic., besonders das mittlere, sind vergrössert.

Links Schwellung und Induration über dem Musc. scalen. med. Drüsen geschwollen und schmerzhaft, ebenso das mittlere Halsganglion.

Beob. IX. Myositis fast aller Halsmuskeln, besonders deutlich am lateralen Rande des Halsteiles des Musc. trapezius und in den Scaleni. Die Musc. temporal. sind gleichmässig affiziert.

Beob. X. Hinter dem Proc. mastoid. schmerzhafte Anschwellung; dieselben Verhältnisse im Schädelansatze des Musc. trapezius.

Beob. XI. Im Scalenus, rechts, befindet sich eine chronische Myositis. Verschiedene Lymphdrüsen sind geschwollen.

Beob. XII. Voluminöse Myositisherde hinter dem rechten Ohr im Musc. sterno-cleido mast.; ebenfalls im Trapezius der anderen Seite. Schwellung aller Muskeln im Verlaufe ihrer craniellen Ansatzpunkte. Obere Insertion des Musc. temporal. verdickt.

Beob. XIII. Scalenus und Trapezius besonders rechts affiziert. Im letzteren eine Induration an derselben Seite, nahe der Mittellinie. Rechts kleinere Entzündungsherde, die etwas höher sitzen als an der anderen Seite.

Beob. XIV. Rechts umfangreiche Schwielen im Sterno-cleido mast., nahe seiner oberen Anheftung; Resistenz von Mandelgrösse im unteren Teile des Scalenus. Der obere Anheftungspunkt des Musc. temporal. ist geschwollen und druckempfindlich. Schmerzhaftigkeit ebenfalls entlang des Nerv. supraorbitalis. Das erste Ganglion des Nerv. sympath. ist geschwollen. Links Schwellung in den Ansätzen des Musc. trapezius und splenius.

Ich habe bereits in meinem „Traité de Massage“ und in meiner Arbeit über diesen Gegenstand gesagt, dass ich diese entzündlichen, circumscripten Herde teilweise für eine Myositis chronica halte, welche entweder ihren Sitz in den Muskelinsertionen oder im Muskelbauche selbst hat. Es ist überflüssig, meine Gründe nochmals hier anzuführen, welche ich damals zur Stütze dieser Frage entwickelt habe. Ich habe ebenfalls gesagt, dass ich diese fragliche Störung auf Rheumatismus bezog und dass andere Autoren jene chronischen Entzündungen Rheumatismus nannten, ohne irgend eine andere präzisere Bezeichnung.

Es ist möglich, dass wir, nach allem, was wir gesehen haben, eine unerwartete Ähnlichkeit zwischen der Kephalalgie, die wir studiert haben, und der Migräne finden. Herr Thomas bestreitet nicht, nach einem genauen Studium der diesbezüglichen Quellen, die direkte Übertragung der Krankheit von den Eltern auf die Kinder; im Gegenteil, er giebt ohne Zaudern zu, dass die letzteren Prädispositionen ererben, unter welchen er den Rheumatismus an die erste Stelle setzt. Dieses ist auch der Fall mit den Kephalalgien, welche wir im Begriff sind zu besprechen.

Eine grosse Anzahl unserer Patienten leidet an hereditärem Rheumatismus, in vielen von ihnen ist die Lokalisation in den Muskeln des Nackens weder die erste noch die einzige. Es ist mir oft passiert, dass ich Leute für paroxysmalen Kopfschmerz behandelt habe, die ich vorher für Affektionen desselben Ursprungs in den Muskelmassen der Glieder und des Rumpfes massiert hatte, oder dass ich beim Ausfragen der Patienten erfuhr, dass sie in dieser Hinsicht erblich belastet waren.

Manchmal sind die rheumatischen Manifestationen in anderen Teilen des Körpers so wenig in die Augen springend, dass man geneigt ist, ihr Vorhandensein zu leugnen; nur dadurch, dass man sehr eingehend untersucht, findet man fast immer vage und unbestimmte Schmerzen (latenter Rheumatismus).

Wenn wir die Reihe der Veränderungen, welche wir beschrieben haben, überblicken, so sehen wir, dass der bevorzugte Sitz dieser chronischen Myositis die Insertionen der Halsmuskeln (Musc. sterno-cleido mast., Trapezius, Splenius etc.) am Schädel ist, aber die Veränderungen wurden auch in der Höhe der Insertionen des Musc. temporal. gefunden, entweder ein- oder doppelseitig. Die Schwellung in diesem letzteren Falle ist meistens von beschränkter Ausdehnung, sie reicht nur 1 oder 2 mm unter die obere Anheftung hinab. Es giebt Fälle, in denen nur der vordere Teil affiziert ist, während in anderen, und das ist das Häufigere, der hintere Abschnitt erkrankt ist. Myositis im Muskelbauche selbst

ist ziemlich selten. Ich habe niemals die Muskelentzündungen in dieser Gegend die organisierte Form einer wirklichen Geschwulst annehmen sehen. Sie machen sich immer bemerkbar in Form einer mehr oder weniger ausgesprochenen Schwellung. Ich habe kürzlich einen Patienten gesehen, bei dem die Anschwellung sich zu einem solchen Grade entwickelt hatte, dass sie ihn förmlich entstellte. Obgleich diese Schwellung im allgemeinen nicht sehr markant ist, so fühlt der Patient doch auf Druck gewöhnlich einen sehr heftigen Schmerz. Manchmal ist es nötig, einige Augenblicke zu reiben, um den Schmerz hervorzurufen.

Die Gegenwart von entzündlichen Depots entlang dem Rande und im Bauche des Musc. trapez., sterno-cleido mastoid., splenius und der Scaleni ist ziemlich häufig. Es würde ein grosser Fehler sein, anzunehmen, dass es genügt, eine Myositis gefunden zu haben, und dass es überflüssig wäre, die Untersuchung noch zu vervollständigen. Man würde sich recht schmerzlichen Täuschungen im Laufe der Behandlung aussetzen.

Es ereignet sich sehr häufig, dass die Entzündung nicht allein auf den Muskel beschränkt ist, sondern man findet auch Infiltrationen, Druckschmerz und Schwellung meistens im Umkreis von 1 oder 2 cm an verschiedenen Punkten des Skalpes. Durch den Druck und Reiz, den sie auf die darin verlaufenden Nervenfasern ausüben, können sie ganz bedeutende Schmerzen hervorrufen. Gewöhnlich befinden sich diese Infiltrationen in der Nähe der Protub. occip. ext., manchmal sogar auf dem Vertex. Ich habe kürzlich hier in der Stadt (New York) einen Fall erfolgreich behandelt, in welchem scheinbar der ganze Skalp eine einzige grosse Schwellung darstellte. Ich habe reguläre Auftreibungen des Skalpes angetroffen, die sehr druckempfindlich waren. In einem derartigen Falle, den ich Gelegenheit hatte, im vorigen Jahre zu behandeln, war es möglich, die Unebenheiten schon bei Betrachtung der erkrankten Gegend zu entdecken. Es dauerte eine lange Zeit, ehe sie verschwanden, und das erst nach einer energischen und lange dauernden Massage.

Drei Wochen lang blieb der Zustand stationär; diese Hartnäckigkeit erschreckte die Patientin, da, je mehr die Besserung des Skalpes augenscheinlich wurde, desto mehr die Lymphdrüsen am Halse schwollen.[1])

Ich beruhigte sie und setzte die Behandlung fort. Nach sechs Wochen war die Patientin geheilt.

Man trifft ebenfalls, wenn auch selten, wahre organische Veränderungen im subcutanen Gewebe des Nackens, die sogar eine bedeutende Konsistenz erlangen können. Sie werden sehr häufig mit Muskelentzündungen derselben Gegend verwechselt. Diese mehr oder weniger indurierten Knoten stellten zusammen mit anderen, deren Ursprung nicht so klar war, die „Foriepsche Rheumatische Schwiele" dar.

Die Nerven können in verschiedener Weise affiziert sein. Haben wir es immer mit einer Neuritis oder sogar mit einer wirklichen Neuralgie zu thun? Das ist wohl unwahrscheinlich. Manchmal scheint es rationell, eine Kompression der Nerven durch die entzündlichen Depots im Muskel zuzugeben, die in Grösse und Konsistenz dem pathologischen Prozesse entsprechend variieren können. Die Entzündung greift wahrscheinlich in einigen Fällen auch auf die Nervenscheide über, oder diese ist ganz unabhängig und besonders von der Stelle an, wo der Nerv aus dem Cranium hervortritt, eine kürzere oder längere Strecke affiziert. Nicht selten trifft man entlang des Nervus supraorbitalis, besonders in der Nähe der Orbita, eine Infiltration, die deutlich auf Druck oder bisweilen sogar selbst dem Auge erkennbar und sehr schmerzhaft ist. All dieses ist wahrscheinlich durch eine Perineuritis verursacht.

In dieser Beziehung macht kein Kopfnerv eine Ausnahme. Alle mögen affiziert sein. Dem Nerv. supraorbitalis entlang sind die morbiden Veränderungen leichter zu entdecken, als bei anderen oberflächlich liegenden Nerven.

---

[1]) Die Lymphdrüsenschwellungen, die ich häufig unter ähnlichen Verhältnissen beobachtet habe, sind natürlich eine Folge der Irritation, die durch das Massieren der entzündeten Stellen hervorgerufen war.

Wir dürfen nicht annehmen, dass alle Schmerzen im Supraorbitalnerven auf Entzündungen des betreffenden Nerven oder seiner Scheide, oder sogar auf einer Neuralgie beruhen. Manchmal verursacht Druck auf diesen Nerv gar keinen Schmerz, einen Zustand, den ich „falsche Neuralgie“ nennen möchte. Alle Beschwerden schwinden in einem solchen Falle, wenn die Myositis der Nackenmuskeln nicht mehr existiert.[1])

Man hat Grund anzunehmen,

1. dass entweder nur eine Kompression des Nerv. occipital. minor (welcher mit dem Nerv. supraorbital. kommuniziert) besteht, die hervorgerufen ist durch die Myositisherde in den Nackenmuskeln, oder dass thatsächlich eine Entzündung seiner Scheide (Perineuritis) vorhanden ist, die denselben Ursprung wie die Muskelentzündungen hat;

2. dass das Übergreifen auf die Supraorbitalgegend durch Collateral- oder Reflexbahnen zu stande gekommen ist.

Das erste ereignet sich ziemlich häufig in anderen Körpergegenden. In Bezug hierauf sagte ich in meiner ersten Arbeit über Migräne folgendes: „Helleday berichtet über einen Fall, in dem der Patient über Steifheit und Druckempfindlichkeit in der Hüfte klagte und der zur selben Zeit heftige Schmerzen in der Höhe der Änkel und an der äusseren Seite des Beines empfand.“ Er sagt: „Ich habe manchmal bemerkt, dass Massage des Musc. gluteus med. in der Höhe seiner Insertion an der Crista ilii den Schmerz zum Verschwinden bringt.“

Ich bin verschiedentlich in der Lage gewesen, dasselbe zu beobachten. Einige Patienten klagten über heftige Schmerzen in der Wade und dem Fuss, dem Verzweigungsgebiete der beiden Äste des Nerv. sciatic. entsprechend. Durch Druck über demselben konnte kein Schmerz ausgelöst werden. Alle diese Erscheinungen hingen

---

[1]) Wir haben eine gewisse Anzahl Fälle behandelt, in welchen die Kephalalgie deutlich den Charakter einer Supraorbitalneuralgie hatte. Es fanden sich Myositisherde im Nacken. Als wir dieselben durch Massage zum Schwinden gebracht hatten, war auch die Neuralgie geheilt.

von einer limitierten Myositis im Gluteus medius ab und wurden leicht durch Massage geheilt.

Ich habe zu verschiedenen Zeiten die Existenz eines ziemlich bedeutenden Schmerzes und einer Schwellung in der Gegend über dem oberen und mittleren Ganglion des Nerv. sympath. bemerkt. Diese Thatsache ist interessant. Beard, Rockwell, Brunner, Benedict hatten sie schon beobachtet. Sie war der Grundpfeiler Dubois-Reymonds Theorie der Hemicranie; das Zurücksinken des Auges in die Orbita, die Härte der Temporalnerven, die Anämie des Gesichtes waren nach ihm Resultate desselben Prozesses; das Erbrechen hing von Änderungen des intracraniellen Druckes ab. An allem hatte nur ein Organ Schuld: der Nervus sympath. cervical.

Der Druckschmerz über dem Ganglion und sein gänzliches Verschwinden, wenn der Anfall vorbei war, bewies es. Ich habe bereits gesagt, dass ich mich auf keine nosologischen Diskussionen über die Natur der Migräne einlassen wollte. Ich konstatiere nur, dass in meinen Beobachtungen entzündliche Läsionen des Muskelsystems, in einzelnen auch solche der Nerven des Skalpes, der Stirn und des oberen und mittleren Halsganglions vorhanden waren. Manchmal zeigten die Anfälle verschiedene Typen, so dass es mit einigem guten Willen möglich gewesen wäre, einige mit den Muskeln und den Cerebrospinalnerven, andere hingegen mit dem sympathischen Nervensystem in Zusammenhang zu bringen. (Siehe Beob. I.) Ich habe nicht einmal geglaubt, dass diese Fälle ein Noli me tangere seien. Ich habe schmerzhafte Ganglien massiert und habe gute Resultate gehabt. Prof. Rosander in Stockholm war der erste, der die Aufmerksamkeit auf diesen Punkt lenkte.

Ich teile die Muskelentzündungen in drei Stadien ein:

1. *Schwellung.*

2. *Resistenz*, wobei die entzündete Stelle zu einem gewissen Grade organisiert ist und dem Drucke widersteht, obgleich sie noch eine gewisse Elastizität bewahrt.

3. *Induration*, wobei die Konsistenz sehr hart ist, manchmal so hart wie Knorpel, und wo gar keine Elastizität übrig geblieben ist.

Der Übergang in verschiedene Stadien ist nicht immer deutlich markiert. Oftmals findet man, dass zwei Stadien der Erkrankung, sogar bisweilen alle drei, obwohl nicht sehr markiert, in demselben Herde anwesend sein können.

Es ist leicht verständlich, dass, wo mehrere entzündliche Stellen vorhanden sind, nicht alle notwendigerweise dasselbe Stadium der Erkrankung darzubieten brauchen. Im Gegenteil, wir sehen sie häufig differente Stadien repräsentieren, von der einfachen Schwellung bis zum sehr harten Knoten.

Der wahre chronische Entzündungsprozess im Muskel wird oft in seinem Beginn nicht wahrgenommen. Wir müssen nicht denken, dass die Patienten notwendigerweise in einer Zeit zu leiden anfangen, die mit der ersten Entzündungsperiode der Krankheit zusammenfällt. Wenn man die langsame Entwicklung der chronischen Myositis bedenkt — manchmal kann es mehrere Jahre dauern, bis das letzte Stadium der Krankheit erreicht ist —, so müssen wir annehmen, dass ein längerer oder kürzerer Zeitraum bis zu diesem Moment verstreicht, aber wir haben kein Mittel, die Periode der Indolenz und Toleranz zu erkennen.

Es scheint nicht nur, dass die Muskelentzündungen, wie andere derartige Prozesse, im Körper sich verschieden entwickeln, in einigen Fällen langsamer, in anderen schneller, sondern es scheint auch, dass diese Entzündungen in verschiedenen Individuen nach verschiedener Dauer Symptome hervorrufen, in einigen Fällen früher, in anderen später, in noch anderen überhaupt keine.

Es ist nicht selten, dass das Lymphgefässsystem in Mitleidenschaft gezogen ist. Wir haben oft gefunden, dass die Drüsen, besonders diejenigen des Nackens, geschwollen sind; diese Adenitiden sind chronischer Natur, Eiterung braucht man in ihnen nicht zu befürchten. Wir beobachteten weder Röte der Haut, noch Druckempfindlichkeit, noch Erweichung der Drüsencentra. Alle ver-

schwanden von selbst, nachdem die Myositis, infolge der die Drüsen geschwollen waren, geheilt war. Wir sehen ja ähnliche Erscheinungen in anderen Körpergegenden als Folge der Reizung, die von entzündlichen Geweben ausgeht. In einem meiner angeführten Fälle (No. 10) war die Lymphdrüsenerkrankung als das Grundleiden (Scrofulosis) angesehen.

Wir haben einen einheitlichen Prozess mit verschiedener Lokalisation vor uns. Die Medikation, die man gegen sie richtet, sollte in allen Fällen nützlich sein; die Art und Weise der Anwendung ist das einzige, das wechselt.

Lassen Sie uns das Ganze noch einmal zusammenfassen. Wir haben gefunden:

1. Affektionen des craniellen Teiles des Kopfes, in denen der Schmerz zwei Grundtypen zeigte: einen anhaltenden Typus, nicht sehr schmerzhaft und inkonstant; einen paroxysmalen Typus, dessen Charakter und Intensität sehr variabel und in vielen Fällen ein solcher war, den Autoren unter dem Namen von „Migräneattacken" beschrieben haben.

2. Veränderungen, nachweisbar durch die Palpation, und Depots von Muskelentzündungen darstellend, die den Insertionen oder den Muskelbäuchen einiger Muskeln des Nackens entsprachen. Schwellung und isolierte Anschwellungen gewisser Gegenden des Skalpes; Druckempfindlichkeit und Schmerz entlang einiger Nervenstämme, Schwellung und Schmerz über den beiden oberen Ganglien des Nervus sympatic. cervical., entweder auf beiden oder nur auf einer Seite; indolente Schwellung gewisser Lymphganglien des Halses.

Ehe ich diese Frage erledige, möchte ich darauf aufmerksam machen, dass diese objektiven Befunde oftmals nicht so in die Augen springen, sondern dass man nach ihnen suchen muss, was manchmal mit Schwierigkeiten verbunden ist. Wenn wir reguläre Protuberanzen am Schädel, indurierte Stränge den Nerven entlang, Platten von lederhafter Konsistenz in den Muskeln finden, ist es zweifellos einfach, dieselben zu entdecken. Aber im Anfang sind

die Veränderungen weniger markiert, dann müssen wir uns einige Feinheit des Gefühls beim Palpieren der Muskeln angewöhnen. Nur dadurch werden wir es erreichen, feinere Unebenheiten und einfache Unterschiede in der Elastizität zweier Stellen zu entdecken.[1])

Obgleich manchmal einige Energie, besonders bei alter Myositis, nötig ist, so sollte man democh sanft und methodisch vorgehen und dem Patienten die Berührung mit der Hand erträglich machen, was nicht immer leicht ist. Das Ungestüm des Masseurs kann fibrilläre Kontraktionen hervorrufen und uns glauben machen, dass Läsionen in Plätzen existieren, wo nur eine geringe und temporäre Formveränderung vorhanden ist.

Die Verwechslung vergrösserter Drüsen verschiedener Provenienz mit Myositisablagerungen ist nur möglich bei oberflächlicher Untersuchung; sie können leicht verschoben und unter dem Finger gerollt werden, was ihre Erkennung erleichtert, während die Myositisschwielen nur mit dem Muskel, dem sie angehören, bewegt werden können. Diese sind ausserdem mehr von globulärer Form und auf Druck weniger empfindlich, als die letzteren.

Lassen Sie uns nun zu den Beziehungen zwischen objektiven und subjektiven Symptomen zurückkommen, wie sie Wretlind, Henschen, Helleday und wir selbst sie aufzustellen versucht haben.

Weder diese Beobachter noch ich nehmen irgend etwas anderes in Aussicht als extracranielle Kephalalgien. Paroxysmaler Kopfschmerz gehört ebenfalls zur symptomatischen Trias der Gehirntumoren; alte Leute, deren Gehirnkonvulutionen nur eine un-

[1]) Es ist gut, den Patienten während eines Anfalles zu untersuchen; es giebt Entzündungsherde, die trotz sorgfältigster Untersuchung nicht entdeckt werden können, die aber sogleich erscheinen und leicht nachgewiesen werden können, sobald der Patient unter dem Einflusse eines Anfalles steht. Wenn wir diese Regel vernachlässigen, so würden wir jene niemals oder nur durch Zufall zu einer späteren Zeit finden, wenn die Behandlung an anderen Stellen bereits weit fortgeschritten ist. Dieser Umstand würde natürlich der Heilung sehr nachteilig sein, jedenfalls ihre Dauer mehr in die Länge ziehen, als es nötig ist.

genügende Menge Blut empfangen, haben Kopfschmerzen. Diese habituellen Kopfschmerzen sind oftmals unterbrochen von Anfällen, die sie Migräne nennen. All dieses ist bekannt. Diese Schmerzen haben nichts gemein mit denjenigen, von welchen wir gesprochen haben, und wir haben niemals daran gedacht, dieselben mit der erwähnten Methode zu behandeln. Wir setzen daher als selbstverständlich voraus, dass, ehe ein Arzt mit Massage beginnt, er eine sorgfältige Untersuchung und gute Diagnose gemacht hat.

Ziemlich häufig ist folgender Einwand erhoben: Warum bringt ihr parietales, frontales und occipitales Kopfweh mit Myositis des Musc. trapezius und sterno-cleido mastoid. und anderen Muskeln des Nackens in Verbindung, wenn die Patienten in dieser Gegend nicht leiden und vielleicht nie gelitten haben? Derselbe Einwand mag in Bezug auf andere Erkrankungen gemacht werden.

In einigen Affektionen hat der spontane Schmerz nicht denselben Sitz als die Läsion. Dieses ist die Regel in denjenigen, die wir studieren; seine Abwesenheit im Nacken kann in keinem Falle eine Einwendung gegen unsere Theorie sein. Zur Stütze dieser Thatsache habe ich bereits erwähnt, wie neuralgischer Schmerz in den Waden keine andere Ursache haben kann, als Muszelentzündungen im Musc. glutens med. Auch habe ich Fälle beobachtet, in denen Muskelentzündungen Symptome hervorriefen, die Parästhesien vortäuschten, und diese Symptome erschienen in Gegenden, die ziemlich entfernt waren von der Gegend, die der Patient als Sitz des Übels bezeichnete. Ich erinnere mich eines Falles, in dem die Patientin (eine ältere Dame in Paris) seit mehreren Jahren über Kältegefühl im Daumen und den beiden benachbarten Fingern der rechten Hand selbst mitten im Sommer klagte. Ausserdem hatte sie ein Gefühl von Taubsein, Ameisenlaufen etc. in diesen Teilen. Bei der Untersuchung fand ich einen grossen Knoten im Musc. deltoid., der leicht auf den Nervus radialis drückte, ohne dass die Patientin irgend ein besonderes abnormales Gefühl im Muskel selbst hatte. Verschiedene Behandlungsmethoden der Hand

und des Unterarmes waren erfolglos angewendet worden, während Massage und Entfernung der Myositisablagerungen im Deltoideus eine permanente Heilung zur Folge hatte.

Eine Dame in Brooklyn, U. S. A., die ich Anfang dieses Jahres behandelte und heilte, klagte seit vier oder fünf Jahren über dasselbe Gefühl in der kleinen und den beiden nächsten Zehen des linken Fusses. Bei der Untersuchung fand ich eine sehr ausgedehnte und ziemlich harte Ablagerung im Musc. soleus und gastrocnemius. Diese Ablagerung übte offenbar einen merklichen Druck auf den äusseren Ast des Nerv. sciatic.

Auf der anderen Seite dürfen wir wieder nicht vergessen, dass mehr als einmal Druck auf die Myositisherde im Nacken dieselbe Art von Schmerzen auslöst, die ihren Sitz in derselben Gegend wie im Anfall haben.

Es ist mir gelungen, Schmerz auf dem Vertex bis zum Grunde der Orbita hervorzurufen durch Druck auf die Nackenmuskeln. Dasselbe ist mir begegnet, wenn auch sehr selten, durch Drücken auf Ablagerungen, die weiter abwärts nach der Schulter zu sassen.[1])

Was den Sitz des Übels und die Schmerzen anbelangt, so trifft man kein Ausstrahlen auf die gegenüberliegende Seite. Wenn die Myositis an der linken Seite ihren Sitz hat, so werden auch die Schmerzen auf der linken Seite hervorgebracht, gerade wie im spontanen Anfalle.

Dasselbe trifft bei den sympathischen Ganglien des Halses ein. Die Regelmässigkeit sowohl wie die Schmerzen, die man durch Druck der affizierten Gegend hervorruft, obgleich keine Empfindlichkeit in dem benachbarten Gebiet vorhanden ist, das deutliche Gefühl, dass dort etwas ist, was nicht dahin gehört, besonders der Vergleich mit den negativen Resultaten anderer Behandlungsmethoden, all dieses überrascht die Patienten. Sie haben Zu-

[1]) Patienten sind häufig sehr skeptisch, wenn man ihnen sagt, dass ihre Kopfschmerzen ihren Ursprung in den Muskeln des Nackens haben. Sie erklären, dass das unmöglich wäre, da sie keine Schmerzen in der Gegend fühlten.

trauen zu der Behandlung und werden daher leitbare Gehilfen des Arztes. So behandelte ich, um einen Fall zu zitieren, in Paris im Herbst 1890 eine Dame, die Gattin eines sehr bedeutenden Schriftstellers. Als sie von ihrem Gatten begleitet zu mir kam, um mich zu konsultieren, hatte sie sehr geringes Vertrauen zu der Behandlung. Sie kam, um meine Hilfe zu suchen, mehr um dem Willen ihres Mannes nachzugeben, als in der Hoffnung, geheilt zu werden. Ich fand einen grossen, harten Knoten im oberen Rande des Trapezius an der rechten Seite. Wenn ich auf diese Stelle drückte zur Zeit, wenn die Patientin über keine spontanen Schmerzen klagte, so fühlte sie einen sehr akuten Schmerz oberhalb des Auges entlang des Nerv. supraorbitalis der entsprechenden Seite; der Schmerz strahlte in die benachbarte Regio temporalis aus.[1]) Die Frau bekam gleich ein unbeschränktes Vertrauen in die Behandlung und setzte diese mit grösster Regelmässigkeit fort, bis sie nach zwei Monaten und nach ausschliesslicher Massage der erwähnten Stellen von ihren Schmerzen ganz frei war.

Während die Behandlung im Gange ist, hat man oft die Gelegenheit, eine Beobachtung zu machen, die nicht ganz des Interesses entbehrt. Zu irgend einer Zeit nämlich scheint es dem Patienten, als ob alles, was bisher durch die Behandlung gewonnen war, wieder verloren gegangen wäre. Die Ablagerungen im Nacken haben abgenommen, sie sind weniger und weniger schmerzhaft geworden, aber plötzlich verträgt der Patient die Manipulationen nicht mehr so gut, wie am Tage vorher. Er klagt über lokale und Strahlungsschmerzen, ähnlich denen, die er am ersten Tage der Massage hatte; hier können wir einen Anfall für den folgenden oder übernächsten Tag vorhersagen. Der Anfall wird vielleicht kürzer sein, als die, welche der Behandlung vorausgingen, aber er wird fast immer deutlich ausgeprägt sein.

Schliesslich ist der Heilerfolg das letzte und entscheidende

[1]) Diese Gegend entsprach genau ihrem Schmerzpunkte während des Anfalls.

Argument zu Gunsten des Zusammenhanges zwischen Ursache und Wirkung.

Den extracraniellen Kopfschmerzen können andere Begleitsmomente hinzugefügt sein, die mit dem Grundleiden fortschreiten und oft zur selben Zeit als dieses verschwinden. Diese sind Neuralgien des einen oder anderen Zweiges des Trigeminus, ausser des schon erwähnten Nervus supraorbitalis und Nervus occipital. minor. Ich habe sie im Nerv. temporo-auricul. und den ram. naso-ciliares etc. gesehen.

Dr. Rossander berichtete vor einigen Jahren über sehr eigenartige Beobachtungen bei Tic douleureux. Er erlangte in einigen Fällen eine Radikalheilung durch Massage der Ganglia cervic. nerv. sympathic., die geschwollen und schmerzhaft waren.[1])

Ich habe selbst gute Resultate mit derselben Methode gehabt; sie werden im allgemeinen noch befriedigender ausfallen, wenn man die Friktionen über dem Nervus sympathic. mit Trepidationen und starkem Druck entlang der affizierten Nerven verbindet.

Andere mit Kopfschmerz komplizierte Krankheitserscheinungen, die mehr unangenehm als schmerzhaft sind, können in derselben Weise zum Schwinden gebracht werden. Ich habe Tinnitus aurium nach Heilung der Kopfschmerzen verschwinden sehen. Eine Patientin, die ich kürzlich behandelt habe und die seit über einem Jahre über Schwerhörigkeit an der Seite, an welcher sie besonders litt und wo die Muskelentzündungen am entwickeltsten waren, klagte, bekam ihr Gehör wieder und zur selben Zeit verschwand ihr Kopfschmerz. Ein dritter Patient verlor ein Übel, das in häufigem Verschlucken bestand. Wir haben noch nichts über Kopfschmerzen erwähnt, die mit dem Wachstum zusammenhängen. Hierüber sind interessante Schriften von Blache, Charcot, Keller und anderen veröffentlicht. Die Autoren sind sich über Ursprung und Natur dieser Kopfschmerzen nicht einig. Olivier glaubt, dass in manchen dieser Fälle ein hereditäres nervöses Substrat vorhanden sei, dass Kopf-

[1]) Hygiea 1886.

schmerz während der Wachstumsperiode eine vorzeitliche hysterische Erscheinung sei. Meine persönliche Erfahrung erlaubt mir nicht, eine präzise Meinung abzugeben. Es ist hingegen wahrscheinlich, dass alle Kephalalgien, die am Ende des Kindesalters auftreten, nicht dieselbe Ursache haben, dass einige von ihnen sehr den von uns beschriebenen ähneln. In einigen Fällen habe ich chronische Muskelentzündungen des Nackens gefunden und ist es mir gelungen, den Patienten zu heilen oder sein Befinden durch Entfernung dieser entzündlichen Zustände zu bessern. In anderen habe ich nichts erreicht, obgleich die lokalen Veränderungen in der Konsistenz der Muskeln mich ein besseres Resultat erwarten liessen. All dieses deutet darauf hin, dass es Verschiedenheiten in dem Kopfschmerz der Wachstumsperiode giebt. In denjenigen Fällen, in welchen die Behandlung ohne Einfluss war, und diese waren die weniger zahlreichen, gehörten die Kopfschmerzen wahrscheinlich zu den Kephalalgien, welche Dr. Ollivier mit allgemeiner Neurasthenie in Verbindung bringt.

§ 2. Praktische Bemerkungen zur Anwendung der Massage. Welche sind die Fälle, in denen wir die meisten, und die, in denen wir die wenigsten Aussichten auf Heilung haben?

Man würde, ich wiederhole, im Unrecht sein, wollte man aus dem, was ich gesagt habe, übertriebene Schlussfolgerungen ziehen und glauben, dass alle Myositiden des Nackens Kephalalgien hervorriefen, und dass alle Kephalalgien ihre Ursache in Muskelentzündungen hätten. Ich habe Gelegenheit gehabt, Fälle von chronischem Torticollis mit Massage zu behandeln, und ich habe bisweilen chronische entzündliche Herde in verschiedenen Teilen des Trapezius gefunden, ähnlich denen, die ich beschrieben habe, und trotzdem erklärten die Patienten, niemals an Kopfschmerzen gelitten zu haben.

Recidive von Kopfschmerzen nach einer Heilung sind nicht sehr selten. Wenn sie stattfinden, so findet man neue Läsionen

oder die alten sind mehr oder weniger wiedergekommen. Dasselbe ereignet sich sowohl im motorischen, wie im sensiblen Apparat; man hat es dann mit einem unregelmässigen Prozess zu thun, der plötzlichen Exacerbationen und Remissionen unterworfen zu sein scheint.

Warum rufen identische anatomische Veränderungen so verschiedene Symptome hervor? Dieses ist schwierig zu beantworten. Sie hängen vielleicht von einem graduellen Unterschiede der Erregbarkeit der benachbarten nervösen Endorgane ab.

In jedem Falle treffen wir dieselben Anomalien an. Vor einigen Jahren wurde eine sehr schmerzhafte Neuralgie beschrieben, die ausschliesslich bei alten Leuten und Erwachsenen, die ihre Zähne verloren hatten, beobachtet wurde. Sie wurde aus diesem Grunde „Neuralgie der Zahnlosen" genannt. Es ist bei weitem nicht eine unvermeidliche oder sogar häufige Erscheinung beim Zerfall oder dem Verlust der Zähne. Man könnte mit einem ähnlichen Argument einen Einwurf beantworten, der oft gegen die Lehre des muskulären Ursprungs der Kephalalgie gemacht worden ist. Man ist einem Krankheitsprozess gegenübergestellt, der nicht verschwindet, der immer seinen ursprünglichen Charakter bewahrt. Man kann keine Spontanheilung der Gewebe erwarten. Es ist schwer zu verstehen, wie unregelmässige und intermittierende Anfälle das wichtigste klinische Phänomen der Krankheit darstellen können. Der Widerspruch ist auffallend: fixierten und persistenten anatomischen Veränderungen sollten Anfälle mit entgegengesetzten Eigenschaften entsprechen. Diesen Einwurf zu beantworten, verweisen wir auf die Beobachtungen. Ich habe häufig mit Erfolg Personen behandelt, welche seit Jahren Kephalalgien als unheilbar oder, wie der populäre Ausdruck lautet, als „einen Feind, mit welchem man leben muss", ansahen. Diese Resignation rächt sich bitter. Wenn man alle zwei Wochen oder in längeren Zwischenräumen einen Anfall hat, so schöpft man inzwischen Mut und erträgt es, so gut man kann. Aber diese Krisen beeinflussen auf

die Dauer den Charakter und die Psyche, manchmal können sie die Arbeit unmöglich machen und stellen dann ein Gebrechen dar. Dieses ist der Augenblick, wo selbst die tapfersten Leute alle Arten Medikationen versuchen, wie unsicher und schmerzhaft dieselben auch sein mögen. Da die Behandlungsdauer in den verschiedenen Fällen bisweilen von ganz unbekannten Ursachen abhängig ist und sehr variieren kann, sollte der Arzt niemals versprechen, dass eine Radikalheilung innerhalb einer festgesetzten Zeit eintreten wird. Wenn man gegen Erwarten erfolgreich gewesen ist, so hat man die Tendenz, optimistisch zu werden und ist geneigt, manchmal mehr zu versprechen, als man halten kann.

Ich betrachte die folgenden Varietäten als von ungünstiger Prognose:

1. *Sehr alte Fälle.* Man hat jedoch auch unter diesen Verhältnissen gute Resultate. Die Patientin in Beob. III klagte seit ihrem achten Jahre über Kopfschmerz; sie hatte alles versucht: Elektrizität, Eisen, Chinin, Arsenik. Einige Zeit vor der Behandlung hatte sie bis zu vier Anfällen im Monat. Nach achtwöchentlicher Massage erhielt ich eine vollständige Heilung. Die Beob. VIII, XII, XIII handeln ebenfalls von sehr alten Fällen. Wir müssen nicht von Anfang an mutlos sein, weil die Affektion chronisch ist, und erklären, dass man nichts thun kann. Die Hauptsache ist, in der Prognose vorsichtig sein.[1]) Wir mögen Besserung nach einer längeren Zeit in Aussicht stellen, ohne es absolut zu versichern, dass sie eintreten wird. Wenn wir bemerken, dass die Anfälle weniger intensiv wiederkommen und dass sie besonders in längeren Intervallen erscheinen, während die Myositis im Nacken abnimmt, so ist die Prognose günstig. Die Einschränkung in Bezug auf die Prognose im Beginn der Behandlung hat noch einen Vorteil. Wenn

[1]) Die Kephalalgie bei Frauen verschwindet gewöhnlich, wenn sie das Klimakterium erreicht haben, oder sie ist zu geringfügig geworden, um viel Worte darum zu verlieren. Ich habe jedoch auch Ausnahmen von dieser Regel gesehen und selbst Fälle, in denen der Schmerz nach dieser Periode sich verschlimmerte. Beob. III und XII sind Belege dafür.

der Patient sich der Behandlung unterzieht, nachdem wir ihm gesagt haben, dass der Erfolg nicht ganz sicher ist, so beweist das, dass er entschlossen ist, dieselbe durchzuführen, wie lange sie auch dauern mag. Wir werden dann nicht mit Ungeduld und Mutlosigkeit zu kämpfen haben in dem Augenblick, wo man auf einen Erfolg hoffen darf.

2. *Allgemeine Affektionen des Nervensystems.*

Wir haben verschiedene Male Massage bei Personen angewandt, die an Neurasthenie litten, in Fällen, in denen die Untersuchung die Gegenwart ein oder mehrerer entzündlicher Ablagerungen nachweisen konnte. Die Resultate waren manchmal günstig, wenn die Kopfschmerzen rheumatischen, aber absolut negativ, wenn dieselben nervösen Ursprungs waren. Was über Neurasthenie gesagt wurde, trifft um so mehr bei Hysterie zu. Wir brauchen nicht zu wiederholen, was wir darüber gesagt haben. Mit anderen Worten: wenn wir bei der Untersuchung nichts an der Stirn, dem Skalp, den Halsmuskeln und dem äusseren Rand des Trapezius finden, so ist es nutzlos, Massage anzuwenden. Ein Fehlschlagen würde das einzige Resultat sein. Wir meinen natürlich die lokale Massage und nicht die Massage, die zur Behandlung gehört, um die allgemeine Ernährung zu verbessern, wie sie Weir-Mitchell anwendet.

3. *Kephalalgie in Chloroanaemia.* Einige Fälle werden durch unsere Methode geheilt, andere nicht. Nichts verhindert bei dieser Krankheit die Produktion einer lokalisierten chronischen Myositis des Halses. Unter diesen Verhältnissen sind ausser den habituellen Kopfschmerzen, die zum allgemeinen Status gehören und auf die wir selbstverständlich keinen Einfluss ausüben können, auch manchmal Anfälle, Paroxysmen vorhanden, die entfernt werden können durch die Behandlung der lokalen Myositis. Aber hier, wie in Neurasthenie, muss man die Massage als unterstützenden Faktor in der Medikation betrachten. Es kann sich ereignen, dass Personen, die an Chlorose leiden, nach unserer Behandlung keine weiteren Anfälle von Migräne haben, obwohl ihr allgemeiner Gesundheitszustand doch nicht zufrieden-

stellend ist. Nach meiner Meinung würde es in den meisten Fällen dieser Art vorzuziehen sein, die Migräne in letzter Linie zu behandeln, wenn die anderen Erscheinungen verschwunden sind und der Allgemeinzustand sich gebessert hat. Man hat dann mehr Aussichten auf Erfolg. Jedenfalls kann es in den gemischten Fällen von Kopfschmerz schwierig sein zu sagen, welche Ursachen die gegenwärtigen Symptome hervorrufen und ob sie sowohl lokaler als auch allgemeiner Natur sind. Ich wiederhole: Massage kann natürlich nur Kopfweh, das eine lokale Ursache hat, unterdrücken, während Kopfschmerz aus allgemeinen Ursachen unbeeinflusst bleibt.

4. *Kontinuierliche Kopfschmerzen.* Diese sind durch Schmerzen charakterisiert, die schiessend oder dumpf sowohl während des Tages wie in der Nacht anhaltend sind. Sie sind — besonders wenn sie schon lange bestehen — oft zentralen Ursprungs und hängen von einer Affektion des Gehirns, des Rückenmarks, von einer allgemeinen Neurose oder einer organischen Erkrankung mit permanenter Kompression eines oder mehrerer Nervenstämme etc. ab; wir können nichts gegen sie thun. Sie können sein und sind in der That zuweilen extracraniellen Ursprungs und dann der Massage zugänglich.

Diese Bemerkungen zeigen, dass es mit der Massage wie mit allen therapeutischen Massnahmen geht. Wenn ein Patient, schon vorher überzeugt von enthusiastischen Personen, die geheilt worden sind, zu uns zur Behandlung kommt, lassen Sie uns diese Ausführungen zu Herzen nehmen und alle Untersuchungen machen, die im Stande sind, uns über die Ursache der Affektion Aufklärung zu verschaffen; lassen Sie uns eine vollständige semiologische Studie der Kopfschmerzen anstellen. Dieses ist der einzige Weg, rationell vorzugehen, und selten wird man sich Täuschungen aussetzen.

Geduld auf seiten des Patienten ist unentbehrlich, denn selten erreicht man irgend etwas vor der dritten oder vierten Woche. Ich habe indessen auch Fälle gesehen, in welchen gute Resultate in kurzer Zeit erhalten wurden. Eine junge Dame, seit einigen

Jahren verheiratet, litt seit einem Jahre an heftigem Kopfschmerz, in welchem Massage einen unerwarteten Erfolg hatte. Nach der ersten Sitzung hörten die Schmerzen auf; sie kehrten erst nach 14 Tagen zurück. Ein Maler, der stark an Anämie litt und den ich im Frühjahr 1885 behandelte, hatte Kephalalgie seit drei Jahren gehabt. Während der letzten Wochen waren sie konstant geworden und verliessen ihn weder nachts noch am Tage. Nach einer Behandlung von einigen Tagen wurde die Besserung bereits bemerkbar, und nach drei Wochen erklärte er sich für geheilt. Da noch Muskelanschwellungen vorhanden waren, so bestand ich auf Fortsetzung der Behandlung auf weitere 14 Tage. Nach dieser Zeit war alles verschwunden und er hat — wenigstens in den drei darauffolgenden Jahren — keinen Rückfall gehabt. In den letzten Jahren habe ich dieselbe rapide Heilung in zwei anderen Fällen beobachtet: Eine Dame, die ich Ende 1889 behandelte, litt jeden Tag seit mehreren Monaten; sie war nach drei Wochen geheilt. Während der Zeit hatte sie nur drei sehr leichte Attacken. Der zweite Patient war ein Mann, der seit acht Jahren litt und der längere und heftigere Attacken hatte, sobald der Frühling herannahte. Zu der Zeit dauern sie jedes Jahr einige Wochen. Im Anfange der Behandlung, März 1887, litt er seit mehreren Monaten jeden Tag. Seit 14 Tagen kein Kopfschmerz noch irgend welche Anfälle für drei Wochen; nach acht Wochen Heilung; bis September 1889 keinen Rückfall. Das junge Mädchen im Fall XIII ist auch in ganz kurzer Zeit — in drei Wochen — von ihrem Kopfweh befreit worden.

Ausser diesen Fällen könnte ich noch andere seltenere berichten, in welchen nicht die geringste Besserung vor fünf oder sechs Wochen erreicht wurde. In diesen Fällen hatte die Affektion gewöhnlich eine sehr lange Zeit bestanden und die Myositisherde waren infolgedessen hart und gross. Auf der anderen Seite habe ich sehr alte Erkrankungen (von 30- bis 48jähriger Dauer) beobachtet, in denen wider Erwarten eine bedeutende Linderung schon nach 14tägiger Behandlung evident war. (Siehe Beob. XII.)

Wenn der Schmerz, nachdem er längere oder kürzere Zeit ganz ausgesetzt hatte, während der Behandlung wiederkehrt, was sehr entmutigend ist, so hat das keine üble Bedeutung. So lange eine entzündete Stelle und eine Zone von Empfindlichkeit vorhanden sind, ist die Heilung keine dauernde. In diesen plötzlichen Rückfällen, wenn man sie so nennen kann, bemerken wir, dass die Läsionen, welche im Augenblick die Tendenz zum Verschwinden zeigten, eine neue Bedeutung gewonnen haben und von neuem aus der einen oder anderen Ursache angeschwollen sind. Es ist klug, den Patienten von Anfang an darauf aufmerksam zu machen. Was soll man in einem solchen Falle thun? Man setzt die angefangene Behandlung ruhig fort, es ist nur ein Stillstand im Fortschritt, aber kein Zeichen von Machtlosigkeit Dann sollten wir auch nicht glauben, dass die Persistenz eines vagen Schmerzes im Kopfe ein Beweis der Unzulänglichkeit unserer Behandlung ist. Ich habe diese Zufälligkeit in einigen Fällen gesehen, unter anderen bei einer Dame, die an Chlorose litt und seit fünf Jahren über heftige Migräne klagte. Diese Anfälle hatten während einer Schwangerschaft begonnen; nach der Entbindung waren sie nicht verschwunden. In den Zwischenräumen zwischen den Anfällen bestand mehr Unbehagen im Kopf als schmerzhaftes Kopfweh. Ich fand die klassischen Veränderungen im Nacken; nach sechswöchentlicher Massage verschwanden die ersten sowohl, wie die Anfälle. Ein Gefühl von Schwere blieb für einige Wochen bestehen, klang jedoch allmählich ab und endete, ohne dass der Patient irgend etwas dagegen gethan hätte.

Wir lesen fast in allen Arbeiten über Kopfweh, dass eine Schwangerschaft sie zum Schwinden bringt. Dieses ist eine Regel, die vielen Ausnahmen unterworfen ist. Die Thatsache, die wir eben berichtet haben, ist ein Beweis dafür.

Ich habe bereits gesagt und wiederhole es hier, dass es oftmals nicht hinreichend wäre, die Muskeln ausschliesslich zu manipulieren. Seit der Publikation meiner ersten Arbeit habe ich

auch die Nerven des Skalpes massiert, sobald es möglich war, in ihrem Verlaufe Empfindlichkeit nachzuweisen, und um so mehr, wenn sie der Sitz struktureller Veränderungen waren. Ich habe die Ganglien des Nervus sympathicus massiert, wenn einer oder mehrere geschwollen und druckempfindlich waren. Ich habe die subcutanen Infiltrationen in der Kopfhaut bearbeitet, so oft sie entdeckt wurden. Ich kann keine Regeln, die auf alle Fälle passen, niederlegen, da die Mannigfaltigkeiten, die sie darbieten, zu grosse sind.

Vorsicht und grössere Diplomatie ist oft bei nervösen Frauen nötiger als bei anderen Kranken; ihre Empfindlichkeit ist grösser, die geringste Berührung ist ihnen häufig schmerzhaft, man kann sich nicht auf ihre Entschlüsse verlassen, so sehr sie auch eine Heilung wünschen und so grosses Zutrauen sie auch zu der Behandlung haben mögen. Was den Skalp anbetrifft, so können die Haare ein Hindernis sein, man muss dann mit der Schere einen kleinen, unbemerkbaren Weg, dem Verlaufe des zu massierenden Nerven entsprechend, bahnen.[1])

Niemals lasse man den Patienten eine sofortige Erleichterung nach jeder Sitzung erwarten. Ich habe verschiedene Patienten diesbezüglich ziemlich enttäuscht gesehen. Ich behandelte sie im Augenblick des Anfalles, und dieser persistierte. Der einzige Unterschied in ihrem Befinden vor und nach der Massage war der, dass sie nachher oft ein taubes Gefühl in der ganzen Kopfschwarte hatten. Nach einer oder zwei Stunden fühlten sie deutliche Linderung, aber dieses kommt nicht immer vor.

Die Sitzung dauert 15 oder 20 Minuten. In Bezug auf die Ausführung der Massage verweise ich diejenigen Leser, die mehr darüber zu wissen wünschen, auf mein Buch: „Traité théorique et pratique du massage“. Paris 1891, S. 672. Hier will ich nur erwähnen, dass man die Myositisherde im Nacken und Anschwel-

[1]) Man ist nur selten gezwungen, auf diese Methode zurückzugreifen, und nur in Fällen, in denen der Nerv selbst der Sitz struktureller Veränderungen ist, wird die Prozedur — wenn auch nicht immer — nötig sein.

lungen im Skalp nur mit den Daumen massieren muss. Hier wie überall im Körper müssen alle Manipulationen in Form von Friktionen in der Richtung des Lymphstromes von der Peripherie zum Centrum vorgenommen werden, d. h. nach der Region der Ven. subclav. Die Schwellungen sind leicht beseitigt, ohne zu grosse Kraft zu brauchen. Dieses ist nicht der Fall bei den Resistenzen und noch weniger bei den Indurationen, die häufig so hart wie Knorpel sind. In den letzteren Fällen ist oft eine ziemliche Kraft indiziert. Die Behandlung ist in diesen letzten eine lange dauernde. Manchmal sind zwei Monate und bisweilen eine noch längere Zeit nötig, um diese harten Depots zum Schwinden zu bringen. Es ist selbstverständlich, dass es mehr Zeit in Anspruch nimmt, den Patienten von letzteren zu befreien, als von den ersteren. Sehr oft können wir nur mit Petrissage die Herde, die am oberen Rande vom Trapezius gefunden werden, beseitigen. In Bezug auf die Nerven ist es gut, zuerst einfache Friktionen und dann Trepidation, allein oder mit starkem Drucke vereinigt, zu üben. Dieses verursacht zuerst eine vermehrte Irritabilität des Nerven, welche jedoch bald von einem gewissen Grade von Ermüdung gefolgt wird, die eine Herabsetzung des Schmerzes und der Druckempfindlichkeit bewirkt. Durch die Wiederholung dieser Manipulationen wird dieser Zustand zu einem permanenten.

An zugänglichen Stellen muss man seitlich abwärts massieren, wenn Perineuritis besteht. Wir können keine Regeln in Bezug auf die Ganglien des Nervus sympathicus angeben. Es ist das individuelle feine Tastgefühl, das hier allein massgebend ist. Das obere findet man leicht; um das mittlere zu fühlen, welches mehr oder weniger hinter dem Musc. sterno-cleido mastoid. verborgen liegt, lässt man am besten den Patienten den Kopf auf die gegenüberliegende Seite drehen, es wird auf diese Weise leichter zugänglich. Das unterste Ganglion, das auf der ersten Rippe sitzt, ist weniger zugänglich. Glücklicherweise ist es seltener affiziert, als die anderen beiden.

Im Anfang, ehe man seine Thenarmuskeln durch häufiges Massieren genügend entwickelt hat, werden diese bei der Behandlung der Myositisherde, besonders, wenn diese noch dazu sehr hart sind, oft sehr schnell müde, sie fangen an zu schmerzen und schwellen an und man muss die Sitzung mehr als einmal unterbrechen, um auszuruhen. Durch Übung nehmen sie, wie anderswo, an Grösse, Kraft und Ausdauer zu, und nach einiger Zeit wird man im Stande sein, mehrere Patienten nacheinander zu behandeln, ohne sich zu ermüden.

Die Behandlung, die im Beginn manchmal schmerzhaft ist, wird nach einigen Tagen vom Patienten gut vertragen, sobald der durch die Manipulationen hervorgerufene Quetschungsschmerz verschwunden ist.

Nachdem die Patienten geheilt sind, kann man doch, wie ich schon erörtert habe, Rückfälle erwarten. Dieses ist glücklicherweise nicht die Regel, sondern die Ausnahme. In 232 geheilten oder gebesserten Fällen habe ich 40 Recidive beobachtet. Es mag sein, dass Rückfälle bei Personen vorgekommen sind, die ich nicht wiedergesehen habe oder über die ich mir keine Auskunft verschaffen konnte. Die Rückfälle können nach mehreren Jahren, bisweilen schon im ersten Jahre nach der Behandlung, auftreten.[1]) Dies ist jedoch selten. Die Erscheinungen sind dann gewöhnlich weniger ausgeprägt und schmerzhaft als im ersten Falle. Der Grund dafür ist, dass die Patienten in der Regel zurückkommen, ehe die Muskelherde zu weit entwickelt sind. Die Behandlung des Recidivs ist daher gewöhnlich kürzer, als das erste Mal; oft genügen vierzehn Tage oder drei Wochen, um alles in Ordnung zu bringen.

---

[1]) Die Tendenz zum Recidiv scheint mir weniger ausgeprägt zu sein bei Personen, die nicht mehr jung sind. Es ist wertvoll zu wissen, dass wir uns nicht oft auf die Vix medicatrix naturae verlassen dürfen und auch nur ein kleines Restchen Muskelentzündungen übrig lassen, das den Keim für spätere Entwickelung geben könnte. Nur bei jungen Leuten habe ich bisweilen gesehen, dass man ohne Gefahr, einen Rückfall zu bekommen, ein wenig der Entzündungsherde der Natur überlassen darf.

Bei einigen wenigen Patienten war ich gezwungen, zweimal von vorn anzufangen. Schliesslich wurde aber doch alles gut.[1])

Ehe ich dieses Kapitel beendige, möchte ich ein Wort über die Kephalalgie sagen, die durch *Kongestion* hervorgerufen wird. „Kongestionskephalalgien", sagt Martino, „sind solche, die durch einen Afflux des Blutes zum Kopfe entstehen, wie man es in Fällen von allgemeiner oder lokaler Plethora beobachtet, wenn im oberen Teile des Körpers Cirkulationshindernisse oder wenn Entzündungen oder andere intracranielle Alterationen bestehen."

Ich würde niemals darauf gekommen sein, in cerebraler Kongestion Massage zu üben, wenn ich nicht durch Zufall darauf geführt worden wäre. Im Frühling 1892 kam Fürst S—r. aus Wien, von Professor Billroth geschickt, zu mir, um sich einer Migräne wegen behandeln zu lassen, an der er seit einigen Jahren litt. Die Untersuchung des Patienten ergab, dass er zur selben Zeit mit Symptomen cerebraler Kongestion behaftet war, die er mich ebenfalls zu behandeln bat. Ich sagte ihm, dass Massage darauf keinen Einfluss ausüben könnte und dass ich nur gewöhnliche Kopfschmerzen behandelte. Seine Heilung nahm keine lange Zeit in Anspruch, und als er mich im folgenden Jahre in Paris besuchte, sagte er mir zu meiner Überraschung, dass seine Anfälle von Kongestion ebenfalls verschwunden seien, kurze Zeit, nachdem er mich verlassen hatte, obgleich er die Medikation, die ihm dafür verordnet sei, ausgesetzt habe.

Ich glaubte zuerst, dass es sich um ein zufälliges Zusammen-

[1]) In einer Versammlung des Med. Vereins in Wien am 13. Febr. 1889 hielt Dr. Bumm einen Vortrag, in dem er sagte, dass man oft Hemicranien trifft, deren Ursprung nichts als Entzündungen der Muskeln des Nackens und Craniums und rheumatischen Ursprungs sind. Er sagt, dass Massage in diesen Indurationen erfolgreich ist und folglich auch in Bezug auf die Hemicranie. In 17 Fällen, die so behandelt worden waren, hatte er acht Heilungen nach einem bis drei Monaten zu verzeichnen. Dies ist als ein befriedigendes Resultat zu betrachten, wenn man bedenkt, dass der Verfasser zur Zeit, als er diese Kommunikation machte, sich erst kurze Zeit mit dieser Art Massage befasste, und es scheint mir, dass er nicht ganz au courant mit den Manipulationen und den Fällen, die sich für diese Behandlung eignen, sein konnte, Dinge, die man erst nach langer Erfahrung lernt.

treffen handelte, und ich wollte die Erfahrung noch einmal machen, ehe ich eine positive Meinung abgab.

Der erste Patient, der bald darauf in meine Beobachtung kam, war eine Dame von 62 Jahren, die das Klimakterium vor sieben Jahren durchgemacht hatte. Sie klagte über ein Gefühl von Schwere im Kopf, Ohrensausen, Schwäche in den Beinen etc. Zur selben Zeit hatte sie die Zeichen einer Myositis im Nacken. Massage entfernte bald alle diese Symptome, und die Patientin, die ich vierzehn Monate später wiedersah, hatte keinen Rückfall ihrer Krankheit bekommen. Ein anderer Patient, der ungefähr dieselben Erscheinungen darbot, wurde in derselben Weise behandelt und geheilt. Die Symptome waren zwölf Monate nach der Behandlung nicht wieder erschienen.

Ein protestantischer Pastor, 45 Jahre alt, mit einem roten Gesicht, starken apoplektischen Nacken, mit Schläfrigkeit nach den Mahlzeiten, Schwindel etc., kam zu mir, um sich von allen diesen kongestiven Erscheinungen befreien zu lassen.

Ich fing mit der Massage der Muskelentzündungen im Nacken an und erlangte nach relativ kurzer Zeit solch eine Besserung, dass er sich 20 Jahre jünger fühlte, wie er sagte, und im Stande war, seine Studien und Arbeiten wieder aufzunehmen, denen er sich seit einigen Jahren nicht mehr widmen konnte.

Siebzehn andere Patienten habe ich seitdem mit mehr oder weniger Erfolg behandelt.

Nachdem ich vor ungefähr sieben Jahren nach den Vereinigten Staaten übergesiedelt war, hatte ich Gelegenheit, einen Fall zu behandeln, der diese Art Erkrankung sehr klar demonstrierte. Ich halte es für das Beste, die Krankengeschichte so niederzuschreiben, wie sie der Patient auf meinen Wunsch gegeben hat. Der Patient schreibt mir am 12. Mai wie folgt:

Herr M., 27 Jahre alt, wohnhaft in New York.

Eines Tages im Frühling 1887 wurde ich, während ich in meinem Geschäft war, plötzlich ohnmächtig, erholte mich aber nach

ungefähr einer Minute wieder. Ausser einem geringen Schwindel fühlte ich vorher nichts. Seit der Zeit war ich mehr oder weniger von Ohnmachtsanfällen, Schwindel und Schwarzwerden vor den Augen belästigt. Manchmal hatte ich Ohnmachtsanwandlungen 20 Minuten lang, zu anderer Zeit für eine Stunde und gelegentlich tagelang. Im letzteren Falle nicht kontinuierlich, sondern anfallsweise. Ich konsultierte ungefähr acht Ärzte, einige von ihnen bekannte Spezialisten; sie waren alle verschiedener Ansicht in Bezug auf die Ursache meines Leidens und rieten mir zu verschiedenen Behandlungsmethoden. Ich bekam keine Milderung und litt infolgedessen ungefähr zwei Jahre lang. Dann konsultierte ich Dr. Norström und wurde von ihm einige Monate lang täglich für Muskelentzündungen am Hals behandelt. Ich selbst war eine Zeitlang ziemlich skeptisch in Bezug auf den Erfolg seiner Behandlung.

Die Heilung ging so graduell vor sich, dass es ungefähr drei Monate dauerte, bis ich auf längere Zeit von Schwindel frei war. Dann besserte sich mein Zustand schneller, bis ich gänzlich von all den Erscheinungen befreit war, die ich oben beschrieben habe. Über zwei Jahre lang war ich frei von allen diesen unangenehmen Zuständen, mit Ausnahme von einigen Monaten einmal oder zweimal während dieses Zeitraumes. Ich glaube, dies rührte daher, dass ich die Behandlung unterbrach, ehe ich ganz geheilt war. Ich meine damit, ehe die Muskelentzündungen gänzlich entfernt waren. Die Folge davon war, dass nach Verlauf von ungefähr zwei Jahren das Schwindelgefühl wiederkehrte. Ich unterzog mich noch einmal der Behandlung, beginnend Ende September letzten Jahres, und wieder bin ich seit einigen Monaten frei von Ohnmachts- und Schwindelanfällen und allen unnatürlichen Gefühlen im Kopf."

Als ich diesen Patienten um die erwähnte Zeit sah, klagte er über die von ihm beschriebenen Symptome und zur selben Zeit noch über ein fast kontinuierliches dumpfes Gefühl im Kopf. Die Schwindelanfälle wiederholten sich mit derselben Häufigkeit und

Intensität, traten aber nie so plötzlich auf wie in Fällen von Epilepsie. Der Patient hatte immer genügende Zeit, sich zu setzen, und fiel infolgedessen niemals zu Boden, wenn der Anfall kam.

Bei der Untersuchung fand ich alle Muskeln des Halses, mit Ausnahme der Scaleni, mehr oder weniger mit Myositisherden infiltriert. Sie zeigten verschiedene Konsistenz, aber alle befanden sich in einem weit fortgeschrittenen Stadium (Resistenz und Induration); diejenigen, die ihren Sitz im Musc. sterno-cleido mastoid. hatten, erschienen auf Palpation besonders hart. Infolgedessen dauerte es nicht nur Wochen, sondern Monate, um sie zu entfernen. Und dennoch wurde eine Spur von ihnen zurückgelassen, als der Patient die Behandlung wegen einer Geschäftsreise nach Europa unterbrechen musste, im Augenblick, als er in den letzten Wochen gar nicht mehr gelitten hatte.

Als ich den Patienten das zweite Mal wiedersah, war ich überrascht, wie die entzündlichen Muskelherde, die zurückgeblieben waren, in der relativ kurzen Zeit von zwei Jahren dieselbe hölzerne Härte angenommen, als das erste Mal, wo ich ihn sah. Ich hatte niemals einen Fall gesehen, in dem die Herde so schnell zur Entwickelung kamen. Dieses Mal dauerte es drei bis vier Monate, bis die Muskelentzündungen entfernt waren, und ich hoffe, sie sind jetzt für immer geschwunden. Das Schwindelgefühl und die anderen Symptome waren lange vor den Muskelentzündungen verschwunden.[1])

Es ist interessant zu beobachten, dass in all diesen Fällen die Myositis diagnostiziert war, im Verhältnis zur Ursache und Wirkung der intracraniellen und extracraniellen Kongestion zu stehen. Die Gegenwart von anderen rheumatischen Manifestationen und die konstante Gegenwart von Anzeichen von Gehirnkongestion machten den Gedanken an ein zufälliges Zusammentreffen unlogisch.

Dies beweist klar die Existenz von Kongestions-Kopfschmerzen, die hervorgerufen werden können durch Muskelentzündungen des

[1]) Bis jetzt, November 1902, sind die Erscheinungen nicht zurückgekehrt.

Halses und die einer Heilung mit Massage zugänglich sind. Die Beobachtungen über Kopfschmerz, die ich bereits erwähnt habe, sollen hier folgen.

Beobachtung I.

Kontinuierliche Kopfschmerzen von einjähriger Dauer. — Empfindlichkeit entsprechend der Schädelinsertion des M. trap. — Lokale Schwellung des Skalpes. — Massage. — Heilung.

Herr D., 50 Jahre alt, den ich Gelegenheit hatte, mehrere Male wegen rheumatischer Affektionen in verschiedenen Gegenden des Körpers zu behandeln, litt zuerst an Kopfschmerzen während seines Aufenthalts in Biarritz im Herbst 1885. Der Schmerz, der nur an der rechten Seite des Schädels lokalisiert ist, strahlt nach der supraorbitalen Gegend derselben Seite aus. Er ist nicht sehr akut, sondern einigermassen erträglich. Fast konstant, beginnt er morgens unmittelbar nach dem Aufstehen, bleibt aber nachts nicht bestehen. Da die Tochter des Patienten von einer seit langen Jahren bestehenden Migräne durch Massage geheilt war, die von der Gegenwart von Muskelindurationen im Nacken abhing, so versuchte er auch festzustellen, ob die Kopfschmerzen bei ihm nicht denselben Ursprung hätten. Ich entdeckte denn auch hinter dem rechten Ohre eine Stelle, die empfindlicher gegen Druck war, als der übrige Hals; Friktion aber dieser Stelle schien ihm Linderung zu bringen. Seit seiner Rückkehr nach Paris hat er dieselben Schmerzen wie in Biarritz. Ich sah ihn das folgende Jahr im November. Ich entdeckte leicht eine Induration von der Grösse einer Haselnuss im rechten Splenius in der Nähe des craniellen Durchtritts des Nerv. occip. minor; Schwellung des Skalpes in der Occipitalgegend von der Grösse eines Markstückes. Keine Druckempfindlichkeit im Verlaufe des Nerv. supraorbit. oder des Nerv. occip. minor.

An der linken Seite ist der Trapezius nahe seiner Schädelinsertion der Sitz einer beginnenden Entzündung. Nach einer Sitzung gelang es mir, den Schmerz für mehrere Tage zu beseitigen. Nach einer Woche kam der Schmerz zurück, aber weniger heftig, und dauerte drei Tage an. Komplette Heilung nach vierwöchentlicher Massage. Seit 14 Tagen keine Kopfschmerzen. Die Indurations- und Infiltrationsherde im Muskel sind verschwunden.

Bis sechs Monate nach der Behandlung kein Rückfall.

Beobachtung II.

Kephalalagie seit 15 Jahren. — Zwei verschiedene Arten von Anfällen, die einen sehr akut, die anderen ertragbarer. — Muskelindurationen an verschiedenen Stellen. — Tumefaktion und Schmerzen in den Gangl. cerv. nerv. sympath. — Massage. — Heilung.

Herr T. aus Argentinien, 50 Jahre alt, kam am 2. Oktober 1887 zu mir. Seit 15 Jahren leidet er an heftigen Kopfschmerzen, gegen welche zahlreiche Morphiuminjektionen gegeben waren, deren Narben man noch am rechten Arme sehen kann. Dieser Patient hatte mehrere berühmte Ärzte in Europa und Amerika konsultiert, zahlreiche Ansichten waren über die Natur des Leidens abgegeben. Cerebrale Kongestion, Anämie, Rheumatismus der Kopfhaut, allgemeine Neurose mit encephaler Lokalisation, Reflexneuralgie mit Ursprung im Magen waren diagnostiziert. Keine von den versuchten Behandlungen brachten auch nur temporäre Milderung. Elektrizität, Hydrotherapie, Klimawechsel, Badeorte, Schrottsches Regime, Chinin, Aconit, Gelseminum, Kaffeïn, Kal. bromat., Amylnitrit, Antipyrin wurden alle ohne oder mit nur geringem Erfolge versucht. Nur Morphiuminjektionen waren erfolgreich, aber die Dosis musste dermassen erhöht werden, dass es schliesslich zu Intoxikationserscheinungen kam. Der Patient war um so hoffnungsloser, da er seine Neurose als hereditär betrachtete; seine Mutter, Vater und Schwester hatten alle an einer Neuralgie an derselben Stelle und von derselben Intensität gelitten.

Schon am Anfang waren die Anfälle sehr heftig, aber seit einigen Jahren waren sie unerträglich und breiteten sich über den ganzen Kopf aus. Die Schmerzen haben einen verschiedenen Charakter: die eine Art entwickelt sich mit blitzartiger Schnelligkeit und ist in einigen Minuten allgemein. Die Schmerzen beginnen an der rechten Seite, gehen aber sehr schnell auf die linke über. Sie haben einen neuralgischen Charakter, akut, schiessend, ohne prämonitorische Symptome plötzlich auftretend, manchmal wenn der Patient spazieren geht, gewöhnlich jedoch morgens. Im letzteren Falle nehmen sie bis zum Abend an Heftigkeit zu und gehen auf die andere Seite, von der sie ausgegangen waren, über. Diese Attacken werden allmählich schwächer bis zum Abend des folgenden Tages. Sie erscheinen sehr häufig, fast wöchentlich, während der kalten

Jahreszeit. Da sie weniger heftig als die nächsten, die wir beschreiben werden, sind, hindern sie den Patienten nicht am Schlafen. In der zweiten Art ist der ganze Kopf affiziert, aber die Empfindung ist besonders heftig in den Schläfen, weniger in der Stirn, markanter an der rechten Seite. Ihr Verlauf ist von den ersteren Anfällen ziemlich verschieden. Die ersteren fangen plötzlich an, den letzteren geht jedoch ein Gefühl von Schwere vorauf, das sich nach und nach entweder nach dem Nacken oder der Schläfe ausbreitet und den ganzen Schädel in wenigen Stunden einnimmt. Die Intensität des Schmerzes nimmt allmählich in derselben Weise zu.

Während der Anfälle wird das Gesicht hochrot und der Puls ist beschleunigt; die Chininpräparate haben gar keinen Einfluss.

Seit vier oder fünf Jahren folgen sich diese Anfälle regelmässig in Intervallen von drei Wochen. Der Patient leidet 24 Stunden lang grässliche Qualen und kann weder essen noch schlafen. Zu dieser Zeit verlangt er nach einer Morphiuminjektion. Dem Anfall folgen Prostration und gastrische Störungen, die vielleicht mit vom Morphium abhängen. Der ganze Kopf schmerzt, aber der Maximalschmerz entspricht der orbito-frontalen Gegend. Wenn der Paroxysmus vorüber ist, so bleibt eine diffuse Schmerzhaftigkeit des Kopfes zurück, die im Verlaufe der Nerven besonders markant ist.

Schliesslich leidet er noch an einer dritten Art von Anfällen, in denen der Schmerz isoliert und, verschieden von den anderen beiden, nur in der rechten Temporalgegend vorkommt. Er wird sehr schnell durch Zugluft, welche die Gegend direkt trifft, hervorgerufen. Er bleibt lokalisiert und dauert nur acht oder zehn Stunden. Dieser Schmerz ist scheinbar rheumatischen Ursprungs.

Folgendes waren die lokalen Veränderungen, die ich bei meinen verschiedenen Untersuchungen finden konnte: An der rechten Seite hinter dem Proc. mastoid. markante und voluminöse Muskelindurationen. Im Trapez. nach der Mitte des Nackens zu eine andere Induration, woniger resistent und wahrscheinlich recenter.

Wenn man einen ziemlich starken Druck auf diese Stelle ausübte, so hatte der Patient einen heftigen Schmerz auf dem Vertex und oberhalb der Orbita. Eine Lymphdrüse des Halses war geschwollen und druckempfindlich.

Das obere Gangl. cerv. nerv. sympath. ist ebenfalls geschwollen und druckempfindlich. Wenn man starken Druck darauf ausübt,

so klagt der Patient entweder über Schmerzen auf dem Vertex oder über ein sehr schmerzhaftes Gefühl von Konstriktion im Epigastrium oder über Schmerz in der Harnblase. Das mittlere Ganglion zeigt ähnliche Veränderungen. Das untere Ganglion hingegen zeigt keine Abnormitäten.

An der linken Seite ist eine ähnliche Induration, fast symmetrisch mit der Insertion des Sterno-cleido mastoid.

Kleine resistente Knoten in einem der Scaleni, sehr evidente Resistenz im Musc. trap. an seiner Insertionsstelle an die Scapula.

Das obere Cervicalganglion an dieser Seite zeigt dieselbe Tumefaktion und denselben Schmerz auf Druck, wie sein Gegenüber. Diese Erscheinungen sind weniger markiert am mittleren Ganglion. Entlang des Verlaufes des Nerv. supraorbitalis, dem Orte seines Austritts aus der Orbita entsprechend, fühlt man an der rechten Seite einen harten, dicken und resistenten Strang. Dieselbe Erscheinung konstatiert man auch an der linken Seite, aber in einem weniger ausgesprochenen Grade. An beiden Seiten, und besonders an der rechten, sind die vorderen oberen Ansatzpunkte des Musc. temporal. ausserordentlich schmerzhaft. Dieser Schmerz differiert von dem an den anderen Stellen gefühlten. Er ist sehr heftig, der Patient sagt, dass es ein Gefühl sei, als ob ihm ein Messer in den Schädel getrieben würde.

Auf seinen Wunsch begann ich mit der Massage, aber ich wagte nicht, ihm irgend etwas zu versprechen, wegen der Intensität der Affektion, der Ausbreitung der Läsion und der langen Dauer der Erkrankung. Die ersten Sitzungen waren sehr schmerzhaft, aber der Patient gewöhnte sich bald daran; nach drei Wochen wurde die Behandlung gut vertragen. Alle affizierten Stellen wurden successive massiert. Während der ersten sechs Wochen erzielte ich auch nicht die geringste Milderung.

Glücklicherweise beharrte der Patient mit seltener Energie dabei, überzeugt, dass Massage ihm nützlich sein würde, und durch die Anzahl der Behandlungsmethoden, denen er bis jetzt vergeblich gefolgt war, entmutigt. Nach und nach kamen Perioden von Milderung, denen Anfälle von ähnlicher Schwere wie die früheren folgten. Dann wurden die Perioden der Ruhe länger, aber unglückseligerweise blieben die Anfälle so schmerzhaft, wie früher. Nach $2^1/_2$ monatlicher Behandlung erst wurde die Besserung evident.

Er hatte keine heftigen Attacken von regulärer Wiederkehr, und die anderen wurden seltener und waren weniger intensiv. Die Schmerzen blieben unilateral und verschwanden im Laufe des Tages. Während der Dauer der Behandlung konnte man den Beginn eines neuen Anfalls aus dem Grad der Empfindlichkeit der Ganglien des Nerv. symp. und der Indurationen im Musc. sterno-cleido mast. vorhersagen. Wenn diese Empfindlichkeit zunahm, so folgte eine Krise am nächsten Tage sicherlich. Drei Monate lange Behandlung war nötig, ehe der Patient als geheilt angesehen werden konnte. Zu dieser Zeit behauptete er, dass er seit den letzten drei Wochen nur gelegentlich einen flüchtigen und leichten Schmerz in der rechten Schläfe habe, und dieses nur, wenn er sich Zugluft ausgesetzt habe.

In den Ganglien des Nerv. symp. konnte nichts mehr nachgewiesen werden. Die Veränderungen im Musc. sterno-cleido mast. waren hartnäckiger als der Rest. Indessen verschwanden diese auch nach sehr energischer Massage. Die Entzündung in der Regio temp. wurde leichter zur Heilung gebracht. Wie wir gesehen haben, hatte der Patient ziemlich heftige Rückfälle während der Behandlung. Ich war überzeugt, dass alles während des Sommers gut bleiben würde, aber da ich nun Anfälle beim Eintreten der kalten Jahreszeit fürchtete, so riet ich ihm, mich im Herbst aufzusuchen, wenn irgend etwas ihn einen neuen Anfall fürchten lassen sollte. Ich habe ihn nicht wieder gesehen, hörte aber, dass er bei seiner Abreise im folgenden Dezember nach Amerika wohl sei. Ich hatte im März 1896 Nachrichten von dem Patienten durch seinen Geschäftskorrespondenten in Paris. Er teilte mir mit, dass er sehr selten Kopfschmerzen habe und dass diese nicht schlimm seien und ihn nicht von seinem Geschäft abhielten.

Beobachtung III.

Kephalalgie seit der Kindheit. — Jahrelang erst monatlich, dann wöchentlich Paroxysmen, Migräneanfällen ähnlich. — Indurationen im Nacken, mehreren Muskelinsertionen entsprechend. — Druckempfindlichkeit dem Nerv. supraorbitalis entlang. — Massage. — Heilung.

Frau C., 55 Jahre alt, schlank und anämisch, hatte niemals irgendwelche Indispositionen gehabt, ausser disseminierter eratischer Schmerzen im ganzen Körper. Sie konsultierte mich in Ragaz

während des Sommers 1886 wegen Kopfschmerzen, an denen sie seit ihrem 8. Lebensjahre litt. Seit ihrem 10. Jahre hatten die Schmerzen einen dumpfen, schweren Charakter und waren in der Stirngegend lokalisiert. Sie entstanden nur nach angestrengter und prolongierter geistiger Thätigkeit. Elektrizität, methodisch angewandt, hatte nur vorübergehenden Erfolg. Diese Anfälle wurden auf die Anämie bezogen. Sie nahm Eisen, Chinin, Arsen, aber ohne Erfolg. Seit der Zeit hörten die Kopfschmerzen auf, kontinuierlich zu sein, aber sie nahmen den Charakter von Migräneanfällen an. Sie hatte wöchentlich eine Krise; manchmal mehrere, die zwei Tage dauerten. Im Winter 1879/80, während eines Aufenthalts im Süden Frankreichs, schienen die Anfälle heftiger geworden zu sein. Sie hatte gehofft, dass das Climacterium ein Nachlassen oder gänzliches Aufhören des Schmerzes bewirken würde, aber diese Hoffnung erfüllte sich nicht. Seit der Menopause hat sie mehr als je zu leiden. Vor 14 Jahren, während einer Schwangerschaft, hatte sie jedoch eine bedeutende Milderung verspürt. Während des letzten Monats, ehe ich sie zum ersten Male sah, hatte sie vier Anfälle gehabt. Die freien Intervalle sind von nur unbedeutender Dauer. Die Krisis beginnt morgens beim Aufstehen, erreicht ihren Höhepunkt ungefähr um 12 Uhr, hält mit gleicher Intensität zwei Stunden lang an, dann wird wieder alles ruhig. Sie leidet während der Nacht nicht. Beim Erwachen am folgenden Morgen erscheinen die Anfälle in derselben Reihenfolge wie am Tage zuvor, aber sie leidet nicht ganz so sehr. Die Schmerzen sind gleichmässig an beiden Seiten des Kopfes, sie fangen immer an der rechten Seite an. Sie hat keine Schmerzen im Nacken. Die Schmerzen fangen auf dem Vertex an, dann verbreiten sie sich nach der Stirn, der Orbita und den Schläfen zu. In diesem Augenblick hat der Anfall seinen Höhepunkt erreicht. Die Augen sind rot und thränen; es besteht Photophobie; die Augenlider sind ihr schwer. Das geringste Geräusch ist unerträglich; sie kann keine Konversation oder Fusstritte im Nebenzimmer hören, ohne heftigere Schmerzen zu leiden. Es besteht kein Erbrechen, jedoch Übelkeit. Sie fühlt Erleichterung, wenn sie zu Bett geht und einschläft. Ihre Kopfhaut ist so empfindlich, dass sie kaum den Druck des Kissens zu ertragen vermag. Sie verlor ein gut Teil ihres Haares. Die Schmerzen werden nicht durch Klimawechsel oder Wechsel der

Jahreszeiten modifiziert; sie leidet gerade so viel im Sommer als im Winter. Nächtliches Wachen, deprimierende Gemütsbewegungen, Verdauungsstörungen rufen fast sicher einen Anfall hervor. Diese sind besonders schmerzhaft bei Eisenbahnfahrten. Seit mehreren Jahren ist sie gezwungen, ein zurückgezogenes Leben zu führen und alle gesellschaftlichen Vergnügungen aufzugeben. Sie hat öfters Kal. bromat. genommen, aber nur mit vorübergehender Linderung. Dann versuchte sie Antipyrin. Im Anfang fand sie etwas Erleichterung, aber seit Monaten haben selbst grosse Dosen keinen Einfluss mehr. Als ich sie das erste Mal untersuchte, fand ich eine sehr ausgesprochene Induration in der Nachbarschaft der craniellen Anheftung des Musc. splenius capit. dexter. An derselben Seite fand sich eine sehr starke Resistenz im Musc. sterno-cl. mast., etwas hinter seiner Anheftung an den Processus mastoideus, sie ist sehr empfindlich gegen Druck; der Schmerz, der dadurch hervorgerufen wird, strahlt nach dem Vertex aus. Es besteht auch ein Indurationsherd an der linken Seite, entlang der Anheftung des Musc. trapezius an den Schädel. Sehr ausgedehnte Tumefaktion der Aponeurose in der Gegend der Protuberantia occipitalis; etwas Empfindlichkeit entlang des Nerv. supraorbit. in der rechten Stirngegend. Behandlung der Indurationen mit Massage. Die Patientin verträgt sie leicht ohne Unterbrechung, ausser der Zeit, die sie zur Rückkehr nach Paris braucht. Nach 14 Tagen findet man bereits eine ausgesprochene Besserung; diese nimmt zu und nach $2^1/_2$ monatlicher Behandlung erklärt sich Patientin für geheilt. Sie hatte am Ende der Behandlung seit 14 Tagen keinen Anfall von Kopfweh mehr gehabt, was ihr vorher nie passiert war. Die Indurationen waren ziemlich verschwunden.

Ich sah sie zehn Monate nach der Behandlung wieder; sie sah wohl aus, litt nicht mehr, und nichts erinnerte mehr an ihr kränkliches Aussehen. Seit sechs oder sieben Monaten ist sie ganz wohl gewesen, aber seit drei Monaten hat sie von Zeit zu Zeit etwas Kopfschmerz. Diese Anfälle sind selten und können weder in Bezug auf Dauer noch Heftigkeit mit den vorher bestehenden verglichen werden. Bei der Untersuchung finde ich, dass sich in der Insertion des Musc. sterno-cl. mast. einige Indurationen wieder gebildet haben. Sie verschwanden nach dreiwöchentlicher Behandlung. Ich habe Nachrichten über sie von einem Freunde in

Paris (Oktober 1889) erhalten. Die Heilung ist bestehen geblieben. Sie ist fähig, in Gesellschaften zu gehen und hat nur höchst selten einen geringen Kopfschmerz.

Beobachtung IV.

Kephalalgie seit Kindheit. — Anfälle durch verschiedene Einflüsse hervorgerufen. — Muskelentzündungen im Nacken und in dem oberen Rand der Insertion des Musculus temporalis. — Massage. — Heilung.

Frau M., 27 Jahre alt, Schwedin, kam zu mir im März 1888. Ihre Kopfschmerzen datieren zu einer so frühen Zeit zurück, dass sie nicht genau angeben kann, wann sie begannen. Sie litt während ihrer Kindheit, und häufiger vom 14. bis 16. Jahre. Die Dame, die Malerin ist, bezieht ihre Kopfschmerzen auf ihre sitzende Lebensweise; sie ist auch sehr anämisch.

Im Anfang hatte der Schmerz seinen Sitz ausschliesslich in der Stirngegend, aber nach und nach breitete er sich über beide Seiten des Nackens aus. Er ist dumpf, zeitweise wird er schiessend und akut. Seit einigen Jahren lebt sie in Paris. Der Schmerz hat sich durch diesen Wohnungswechsel ziemlich verschlimmert. Gegenwärtig ist der Schmerz im Nacken an der einen oder der anderen Seite lokalisiert. Er breitet sich nach der Stirn und den Augen aus, die dann rot werden.

Witterungswechsel, besonders Nebel, haben einen schlechten Einfluss. Sie fühlt sich besser während des Sommers an der See. Der häufige Besuch von Museen ruft fast immer einen Anfall hervor. Aus demselben Grunde ist es für sie unmöglich, ins Theater zu gehen. Wenn sie ihren Kopf auf die Seite biegt und ihn wieder aufrichtet, so hat sie das Gefühl, als ob es im Nacken knackte. Von Zeit zu Zeit bildet sich eine Schwellung hinter dem Ohre. Hitzegefühl und eine Art Schwere breiten sich von dort über den Hinterkopf aus.

Sie kann nicht ihre kleinen Gewohnheiten, z. B. ihren Morgenspaziergang, einmal unterbrechen, ohne einen Anfall von Kephalalgie hervorzurufen. Dieser beginnt mit einer Schwere im Kopf, die allmählich schlimmer wird, und gegen Nachmittag befindet sie

sich in der Mitte des Anfalls. Diese Anfälle dauern während des grössten Teiles der Nacht an; schliesslich ist sie durch Ermüdung und Schlaflosigkeit ziemlich erschöpft. Seit einigen Monaten hat sie wöchentlich zwei Anfälle. Der Schmerz, der im Anfang stets weniger akut auftritt, hat erst einen pulsierenden Charakter; später ist er schiessend. Während des ganzen Anfalls hat sie Schwierigkeit, die Arme zu heben, besonders den rechten. Von Zeit zu Zeit tritt Erbrechen ein, dem ein Schmerz vorhergeht, der so heftig ist, dass sie aufschreien muss. Sie gebrauchte kalte Umschläge, Kaffeïn und den galvanischen Strom fünf Wochen lang. Nach dieser Behandlung fühlte sie sich zwei Monate lang besser, aber der Schmerz kam sehr schnell in alter Intensität zurück.

Hinter dem Proc. mastoideus rechts ist ein Druckpunkt. Ein anderer befindet sich im Trapezius (kleine elipsoide Fläche ungefähr in der Mitte des Nackens). An der linken Seite beträchtliche Schwellung auf der Höhe der Ansatzpunkte des Muscul. splenius capitis und trapezius. In der Temporalgegend, entsprechend der Schädelanheftung des Musculus temporalis, heftiger Schmerz. Derselbe Schmerz ist auf der anderen Seite zugegen, nur nicht so heftig. Entlang des Nerv. supraorbital. und in den anderen Muskeln des Craniums ist nichts nachzuweisen. Massage wurde im Anfange nicht gut vertragen. Nach drei Wochen wird die Behandlung gut vertragen. Im Verlaufe derselben tritt Besserung ein, gefolgt von Rückfällen und Exacerbationen. Nach acht Wochen hörte die Patientin auf, regelmässig zu kommen. Die Besserung hielt indessen an, so dass sich die Patientin für geheilt hielt. Ich sah sie im Juni 1891 wieder. Sie war vollständig wohl.

Beobachtung V.

Kephalalgie von 12jähriger Dauer. — Abwechselnd frontaler und occipitaler Schmerz. — Indurationen über mehrere Muskelinsertionen am Cranium. — Tumefaction der suboccipitalen Lymphdrüsen. — Tumefaction und Schmerz entsprechend den Gangl. nerv. symp. cervic. — Massage. — Heilung.

Frau R., 28 Jahre alt, leidet seit zwölf Jahren an heftigen Kopfschmerzen. Verbunden mit vagen Schmerzen in den Weichen und im rechten Arm, hat der Kopfschmerz seit seinem Anfang

seinen Sitz nicht gewechselt. Er ist immer in der rechten Schläfe und strahlt nach der Orbita derselben Seite aus. Der Schmerz ist so heftig, dass er der Patientin selbst des Nachts die Ruhe raubt. Sie hat ein Gefühl, als ob ihr das Auge herausgerissen würde; dasselbe ist injiciert und thränt. Kein Schmerz in der Frontalgegend. Manchmal, wenn der Schmerz besonders heftig ist, hat die Patientin einen akuten Schmerz im Nacken. Dieser Schmerz ist absolut lokal und entspricht dem Austrittspunkte des Nerv. occip. min. aus dem Schädel. Er hat einen lancierenden Charakter und tritt manchmal nach dem temporalen Schmerz auf. Der Anfall dauert nur kurze Zeit — eine oder zwei Stunden. Patientin hat manchmal zwei oder drei Anfälle am Tage, weniger während der Nacht. In den Intervallen zwischen den Anfällen ist ihr Kopf sehr schwer. Der Schmerz ist fast stets einseitig: er geht sehr selten auf die linke Seite über und ist dann immer sehr unbedeutend.

Keine dyspeptischen Erscheinungen. Wind, Regen und Kälte vermehren und verschlimmern die Anfälle. Während des Sommers leidet die Patientin nicht, sobald jedoch die Herbstnebel kommen, fühlt sie ihre Schmerzen. Manchmal halten dieselben mehrere Tage hindurch an. Seit die Patientin in Paris wohnt (erst seit kurzer Zeit), hat sich der Schmerz in Bezug auf Häufigkeit und Intensität verschlimmert. Die Anfälle sind jetzt von einem heftigen Depressionsgefühl und Lebensüberdruss begleitet.

Aconit, Chinin, Antipyrin, Eisen, Galvanisation des Nerv. sympath. wurden versucht. Die letztere Behandlung war die einzige, die ein zufriedenstellendes, aber nur vorübergehendes Resultat hat.

In der That finden wir auch hier im Musc. splen. capit. der rechten Seite, nahe seines Schädelansatzes, eine Muskelinduration von der Grösse einer Mandel, deren Grenzen sehr deutlich sind. Zwei Drüsen in der Nachbarschaft sind angeschwollen, ebenfalls die Gegend des Proc. mast. derselben Seite, die auf Druck sehr empfindlich ist, entsprechend der Anheftung des Musc. sterno-cleido mast. Hier erscheinen die Haut und das subcutane Gewebe ziemlich verdickt. Keine Empfindlichkeit über dem Nerv. supraorbit. Schwellung und sehr ausgesprochene Empfindlichkeit über dem oberen Anheftungspunkt des Musc. temporal., besonders nach vorn zu. Das mittlere Halsganglion des Nerv. sympathic. ist geschwollen

und schmerzhaft auf Druck. Links Druckempfindlichkeit auf der Höhe des Ganglion cervic. superior, etwas weniger über dem Gangl. cervic. med. Massage ist schmerzhaft. Druck auf die obenerwähnte Muskelinduration des Nackens ruft ein Gefühl im Grunde der Orbita hervor, ähnlich demjenigen, das während eines Anfalles hervorgerufen wird.

Nach einwöchentlicher Behandlung hörten die Schmerzen auf und kamen erst nach 14 Tagen oder drei Wochen zurück. Sie waren nicht heftig und dauerten nur einen Tag. Es ist mehr ein Gefühl von Schwere als ein Kopfschmerz. Massage ist in der letzten Zeit der Behandlung nicht mehr schmerzhaft. Nach sechs Wochen vollständige Heilung.

Die Herde von Muskelindurationen sind verschwunden. Keine Schmerzhaftigkeit beim Druck auf die sympathischen Ganglien. Ich empfing Nachricht von der Patientin in Ragatz im Sommer 1893. Die Heilung dauerte an.

Beobachtung VI.

Kephalalgie von zehnjähriger Dauer. — Indurationen an den Insertionen verschiedener Nackenmuskeln. — Massage. — Heilung.

Frau D., 26 Jahre alt, leidet an Kopfschmerzen seit ihrer ersten Menstruation. Als sie ungefähr 20 Jahre alt war, waren die Schmerzen verhältnismässig leicht. Seit der Zeit jedoch haben sie an Heftigkeit zugenommen. Sie verheiratete sich mit 22 Jahren und hat seitdem zwei Kinder geboren. Während ihrer letzten Schwangerschaft waren die Schmerzen so heftig und hartnäckig, dass selbst Morphiuminjektionen sie nicht beruhigten. Die Anfälle, die unregelmässig waren, ereigneten sich gewöhnlich zweimal in der Woche; dieselben begannen am Morgen, gewöhnlich um zwei Uhr, und hörten erst am Abend des folgenden Tages auf. Die Patientin fühlt sich nach dem Essen etwas erleichtert, aber nach einer Stunde kehrt der Schmerz heftiger zurück als wie er vorher war. Wetterwechsel und besonders Schneefall scheinen unfehlbar einen Anfall auszulösen. Sie leidet jedoch gerade so sehr während der warmen Jahreszeit wie im Winter. Im Augenblick des Anfalles fängt Kopf, Gesicht und Gesichtshaut zu brennen an, die Patientin hat etwas Erleichterung, wenn sie die Stellen zwischen beiden Händen drückt. Sie hat Sausen in den Ohren und Steifigkeit im

Nacken. Wenn die Patientin aufstehen, arbeiten und herumgehen kann, so wird ihr Zustand durch die Bewegung und Thätigkeit bedeutend besser.

Der Schmerz hat einen frontalen Typus und strahlt in den Grund der Orbita, hinter das Auge, aus. Hier ist er heftig und schiessend; der Augenbulbus selbst ist verschont. Im Nacken beiderseits schiessender Schmerz, heftiger links. Manchmal vertauscht der Schmerz diesen Sitz mit der Stirn; wenn die Schmerzen in der Stirn aufhören, dann wird Suboccipital- und Submastoidgegend ergriffen. In diesem Augenblick klagt sie über Ohrensausen. Ein grosser Teil ihres Haares ist ausgegangen. Es gelingt ihr, leichtere Krisen mit Chin. sulf. zu unterdrücken. In den anderen Anfällen muss sie ihre Zuflucht zu Antipyrin und Morphiuminjektionen nehmen. Seit zwei Monaten haben diese nicht die geringste Wirkung mehr. Sie versuchte mehrere Bäder, darunter Aix-les-Bains, ohne irgend einen Erfolg.

Als ich sie im Juni 1886 untersuchte, fand ich mehrere Veränderungen im Unterhautzellgewebe; diese haben ihren Sitz im Nacken und in der Schulter. Ich fand ebenfalls Indurationen in der Insertion des Musc. sterno-cl. mastoid. an der linken Seite und im Musc. splenius cpt. und im oberen Rande des Musc. trapez. an beiden Seiten. Nichts Abnormes an den Supraorbital-Nerven und Nerv. naso-ciliares. Drei Anfälle nach Beginn der Behandlung: zwei- oder dreimal wurde sie von ihnen morgens bedroht, aber alles verschwand während des Tages. Das Ohrensausen ist nicht mehr vorhanden; die Anfälle sind seit langem nicht wiedererschienen, die Patientin kann als endgiltig geheilt angesehen werden. Die Dauer der Behandlung war sechs Wochen, während derselben hatte sie 42 Sitzungen. Ich erhielt von dieser Dame im Jahre 1889 Nachricht, dass sie vollständig gesund sei.

Beobachtung VII.

Kephalalgie seit 16 Jahren. — Multiple Muskelinduration. — Schwellung des Ganglion sympathic. cervic. med. mit Druckschmerz. — Massage. — Heilung.

Frau C., 40 Jahre alt, konsultierte mich im Laufe des Jahres 1888 wegen einer Kephalalgie, an der sie seit 16 Jahren litt. Als sie 24 Jahre alt war, fingen die Schmerzen, über die sie jetzt

klagt, während ihrer ersten Schwangerschaft an, nur in geringerem Grade. Sie schob sie auf ihren damaligen Zustand und auf Überanstrengung; aber die Anfälle hörten nach der Schwangerschaft nicht auf. Sie wurden im Gegenteil häufiger und nahmen mehr und mehr den klassischen Charakter von Migräneanfällen an. Sie fingen gewöhnlich am Morgen an, kurz nach dem Aufstehen. Der Schmerz begann im Nacken an beiden Seiten. Nach einer oder zwei Stunden war der ganze Kopf in Mitleidenschaft gezogen, die Intensität des Schmerzes wuchs und erreichte ihren Höhepunkt ungefähr um vier Uhr. Die Schmerzen, die zuerst dumpf waren, wurden bald akut und schiessend und strahlten nach allen Richtungen aus. Der Kopf war heiss, druckempfindlich; selbst der Druck des Kopfkissens war schwer zu ertragen. Sie hatte das Gefühl, als ob ihr die Haare zu Berge ständen. Das Gesicht war rot und geschwollen; sie fühlte heftiges Klopfen in den Schläfen, hatte aber keine Übelkeit. Die Patientin fühlt sich besser, wenn sie auf ist und arbeitet. Sie hat etwas Linderung, wenn sie sich den Kopf reibt. Gegen Abend schläft sie vor Übermüdung ein. Beim Aufwachen nach dem ersten Schlaf hat sie immer Schmerzen. Am folgenden Tag ist der Anfall vorüber und sie fühlt nur eine allgemeine Mattigkeit. Meistens werden die Anfälle durch Witterungswechsel, durch feuchtes oder kaltes Wetter, durch einen Zug in den Nacken hervorgerufen, besonders dann, wenn der Wechsel ein plötzlicher ist und die Patientin schwitzt. Sie sagt, dass sie unter diesen Verhältnissen oft Torticollis bekommt.

Die Anfälle kamen ebenfalls leicht, wenn sie längere Zeit gelesen hat, wenn sie auf weissem Untergrund genäht oder Bilder in Museen angesehen hat. Nach und nach werden ihre Augen müde, der Schmerz breitet sich nach der Stirn zu aus und strahlt von dort über den ganzen Kopf aus.

Seit vier oder fünf Jahren scheint sich der Charakter der Schmerzen ziemlich geändert zu haben. Die richtigen Anfälle existieren jetzt nicht mehr. Die Patientin erwacht mit Kopfschmerz, der sofort seine höchste Intensität erreicht; er ist zwar nicht so heftig als früher, dauert aber längere Zeit an. Als ich sie im Jahre 1887 zum ersten Male sah, hatte sie ununterbrochen zwei Monate lang gelitten; manchmal sowohl nachts

wie tagsüber. Der Schmerz war unbedeutend im Verlaufe der letzten Schwangerschaften. Er wurde jedoch wieder heftig und fast unerträglich während der Stillungsperiode. Die Patientin, die verschiedene Behandlungen durchgemacht und verschiedene Bäder besucht hatte, fühlte nur Linderung nach einem Aufenthalt in La Bourboule. Galvanismus, den sie längere Zeit versuchte, verschlimmerte ihre Schmerzen in solchem Grade, dass die Behandlung unerträglich wurde. Morphium, Chinin, Antipyrin, Antifebrin wurden nicht besser vertragen und gaben keine besseren Resultate. An der rechten Seite wurde eine Muskelinduration von der Grösse einer Nuss im oberen Rande des Trapezius gefunden; wenn ich auf diese Stelle drückte, so hatte die Patientin einen akuten Schmerz oben auf dem Kopf. Resistenz, die sehr druckempfindlich ist, in den Musculi scaleni. Mittleres Cervicalganglion geschwollen und schmerzhaft. Links, im Muskelfleisch des Trapezius, in seinem Halsteil, ein kleiner Knoten von der Grösse eines Fünfpfennigstückes; eine andere Induration in einer Höhe mit der Insertion des Musc. sterno-cleido mastoideus. Die Haut und das Unterhautzellgewebe sind der Sitz chronischer Infiltration. Die Kopfhaut in der Occipitalgegend ist infiltriert und starr. Das obere und besonders das mittlere Halsganglion sind geschwollen und schmerzhaft. Nichts an den Nerven des Skalpes. Wie ich schon bemerkt habe, hatte die Patientin beim Beginn der Behandlung unausgesetzt seit zwei Monaten gelitten; während der folgenden zwei oder drei Wochen hatte sie keine Anfälle. Während des ganzen Verlaufes der Behandlung (ungefähr zwei Monate) drei leichte und kurze Attacken. Am Ende derselben war nichts von den Muskelveränderungen übrig, aber die Infiltrationen der Kopfhaut blieben grösstenteils bestehen. Die Beschäftigung der Patientin erlaubte ihr nicht, noch länger in Paris zu bleiben. Da der Sommer vor der Thür stand, sagte ich ihr, dass sie sich wahrscheinlich während dieser Jahreszeit wohl fühlen würde, es stände jedoch zu erwarten, dass ihre Anfälle Ende des Herbstes zurückkehren würden. Ich sah die Patientin Anfang November wieder, sie teilte mir mit, dass sie bis Oktober ganz wohl gewesen sei. Seit der Beendigung der Behandlung hatte sie nur drei sehr leichte Attacken gehabt, die nicht länger als acht bis zwölf Stunden gedauert hatten. Dieselben waren durch plötzliche Abkühlung im

Nacken hervorgerufen. Einige Muskelindurationen hatten sich wiedergebildet. Eine dreiwöchentliche Behandlung war genügend, alles zum Schwinden zu bringen. Ich hatte Nachricht von dieser Patientin am 15. März 1890. Heilung war vollständig und dauernd.

Beobachtung VIII.

Kephalalgie seit 22 Jahren. — Indurationen entsprechend den Schädelinsertionen der Nackenmuskeln und den fleischigen Teilen verschiedener Muskeln. — Schwellung und Druckempfindlichkeit des oberen und mittleren rechten Cervicalganglion. — Massage. — Heilung.

Herr M., 34 Jahre alt, Engländer, konsultierte mich im März 1889 wegen Kopfschmerzen, die er seit seinem zwölften Jahre hatte. Zu der Zeit hatte er oft Anfälle von Neuralgie, die zwei oder drei Tage dauerten. Er kann nicht angeben, ob geistige Arbeit mit ihnen zusammenhängt. Man glaubte, dass es Faulheit und Simulation sei, da er oft klagte, er sei wegen der Kopfschmerzen unfähig zu arbeiten.

Die Schmerzen haben seit damals weder ihren Charakter noch ihren Sitz geändert. Die Anfälle begannen stets mit einem schmerzhaften Gefühl in der Stirngegend, von dort verbreitete dasselbe sich nach und nach über den ganzen Kopf. Er leidet im Sommer ebenso sehr, wie im Winter. Die Krisen kommen ziemlich regelmässig, gewöhnlich alle 14 Tage: manchmal einmal im Monat, aber sie dauern nie länger wie einen Tag. Der Anfall fängt gewohnheitsmässig morgens im Bette an in der oben erwähnten Gegend. Nach einer halben Stunde ist der ganze Kopf affiziert. Der Schmerz verschlimmert sich ungefähr bis zwölf Uhr, um ihn dann plötzlich, ohne das geringste unangenehme Gefühl zu hinterlassen, zu verlassen. Während des Anfalls hat der Patient das Gefühl, als würde sein Kopf zwischen einem Schraubstock gequetscht. Jeder Wechsel in der Diät und besonders Indigestionen waren gefolgt von heftigen Anfällen, so dass man sie für gastrisches Vertigo hielt. Ruhe und Stille während der Anfälle verminderten den Schmerz bedeutend.

Er hat niemals Schmerzen in den Augen, aber etwas Obnubilation der Sehkraft. Da er viel gelitten hat, so ist er nervös

geworden und leicht reizbar; die geringste Sache bringt ihn aus dem Gleichgewicht.

Der Patient, der ein talentierter und in England wohlbekannter Schriftsteller ist, ist unfähig, irgendwie angestrengt zu arbeiten. Letzthin hat er grosse Dosen Chin. sulf. ohne irgend ein Resultat genommen; Aconitin gab nur eine vorübergehende Linderung, Vesicatorien hinter dem Ohre ohne Resultat, das Ferrum candens war ebenfalls erfolglos. Er hat verschiedene Mineralwasser ohne Vorteil benutzt.

An der rechten Seite ist die ganze Gegend entsprechend den Schädelinsertionen der Halsmuskeln schmerzhaft; Indurationen von der Ausdehnung eines Centimeters und länger sind an einzelnen Stellen vorhanden. In der Höhe des Processus mastoideus befindet sich eine druckempfindliche Schwellung. Beide oberen Ganglien des Nerv. sympath., besonders das mittlere, sind geschwollen und auf Druck schmerzhaft. Durch Drücken kann man frontale Schmerzen hervorrufen, die denjenigen, die während der Anfälle da sind, ähneln. Der Nervus supraorbitalis ist auf beiden Seiten fast unempfindlich gegen Druck.

Links Schwellung und Induration über den Muse. scaleni. Einige der benachbarten Lymphdrüsen sind vergrössert. Das mittlere Cervicalganglion ist geschwollen und schmerzhaft auf Druck.

Massage. Nach einem Monate sind die Anfälle so heftig wie zuvor, jedoch ist alles in weniger als einer halben Stunde vorbei. Zwei Wochen später ereignen sich dieselben Erscheinungen, aber sie dauern nicht an. Nach zwei Monaten vollständige Heilung; die obenerwähnten Veränderungen sind nicht mehr vorhanden. Ich bekam von diesem Patienten Ende September Nachricht. Während der nächsten sechs Wochen, die der Behandlung folgten, hat er zwei leichte, unvollständige Anfälle gehabt. Seit der Zeit traten nur ein paar Andeutungen von Anfällen in sehr langen Zwischenräumen auf. Die Nervosität ist vermindert, und der Patient kann ohne Schwierigkeit längere Zeit arbeiten; Lymphdrüsenschwellungen sind nicht mehr vorhanden. Er schrieb mir im November 1892. Er ist mit dem erreichten Resultat sehr zufrieden und wird nur selten an sein altes Übel erinnert.

Beobachtung IX.

Kephalalgie seit drei Jahren. — Verschiedene Indurationen. — Massage. — Heilung.

Frl. G. konsultierte mich in Ragatz während des Sommers 1888. Sie ist von ziemlich schwächlicher Konstitution und litt verschiedentlich an Gelenkrheumatismus.

Seit drei Jahren leidet sie an Kopfschmerzen. Die Anfälle, die wenig häufig und leicht waren, hielten sie nicht von ihrer Beschäftigung ab. Vor acht Monaten wurde dieser Kopfschmerz heftiger. Die Attacken, noch immer sehr selten, haben hauptsächlich ihren Sitz im Nacken. Seit vier Monaten verging kein Tag, ohne dass sie mehr oder weniger an Kopfschmerzen litt. Der Schmerz, der nicht sehr heftig war, verbreitete sich allmählich über den ganzen Kopf. Meistens ist er tiefsitzend, aber von Zeit zu Zeit unter dem Einfluss von kaltem Wind im Nacken fühlt die Patientin Zuckungen — ein blitzartiges Gefühl, das nach allen Richtungen durch den Kopf schiesst. Die Schmerzen beginnen im Nacken, besonders an der linken Seite, und strahlen allmählich nach vorn bis zum Orbitalrande aus. In diesem Augenblick fühlt sie ein solches Jucken in der Konjunktivalschleimhaut, dass es ihr fast unmöglich ist, das Augenlid zu erheben. Es besteht etwas Verschleierung des Sehens; sie hat Erscheinungen von roten Punkten, die ihr vor den Augen herumtanzen. Diese Erscheinungen kommen bei heftigen Anfällen vor. Manchmal besteht der Schmerz die ganze Nacht und lässt sie nicht schlafen, aber meistens wird sie ihn am Abend los. Der Sitz des heftigsten Schmerzes ist sehr variabel. Heute ist er im Nacken, morgen in den Schläfen, den nächsten Tag oben auf dem Kopf. Die schmerzhaften Empfindungen sind nicht immer dieselben; manchmal scheint es ihr, als ob sie sich die Kopfhaut verbrannt hat; zu anderen Zeiten, als ob kleine Tierchen unter der Haut herumkröchen. Der Schmerz fängt entweder am Morgen an oder zu irgend einer Zeit am Tage. An einigen Tagen fängt er an, nachdem sich die Patientin schlafen gelegt hat. Gewöhnlich erscheinen die Anfälle und sind heftiger während der Menstruation. Sie leidet mehr, wenn das Wetter kalt und feucht ist und besonders, wenn sie ihren gesellschaftlichen Pflichten nachkommen muss. Die Anfälle sind fast immer von Übelkeit begleitet; sie fühlt sich etwas

erleichtert, wenn sie essen kann. Während des Anfalles wird sie sehr blass und hat den Wunsch, sich Bewegung zu verschaffen. Die Verdauung ist nicht zufriedenstellend. Wenn diese schmerzhaft ist, so ist es fast sicher, dass sie abends einen Anfall haben wird. Festes Drücken des Kopfes zwischen den Händen und Reiben im Nacken geben ihr Linderung. Die Schmerzen ermüden sie stark; sie ist schwach und leidet an Anämie. Seit zwei Monaten hat sie Elektrizität gebraucht, die nur einen vorübergehenden Erfolg hatte. Kürzlich wurde sie einige Wochen mit Antipyrin behandelt; ein Erfolg wurde damit nicht erreicht, und nach einiger Zeit konnte sie es nicht mehr vertragen.

Fast alle Nackenmuskeln sind in ihrem grössten Teile von einer mässig weit fortgeschrittenen Myositis ergriffen. Es ist eine Verminderung der Elastizität vorhanden und eine Resistenz, ohne dass man von einer Induration sprechen könnte. Der äussere Rand des Halsteiles des Trapezius und die Scaleni sind mehr affiziert als die übrigen, besonders an der linken Seite. Die Temporalmuskeln sind ebenfalls ergriffen. Palpation ist schmerzhaft; die Patientin hat das Gefühl, als ob ein Messer in die Dicke der Nackenmuskeln getrieben wäre. Schwellung an der linken Seite entsprechend den Nackenmuskeln, die sich über eine ziemliche Fläche ausbreitet.

Massage. Abwechselnd Besserung und früherer Zustand. Nach drei Wochen wird die Besserung deutlicher. Die Intervalle der Ruhe sind länger, die Schmerzen sind weniger akut und die Patientin ist nach sechs Wochen geheilt; sie hatte dann seit zwölf Tagen keine Kopfschmerzen mehr gehabt.

Die Muskelentzündungen und die Druckempfindlichkeit der Ganglien sind verschwunden. Ich sah diese Patientin im Oktober 1892 wieder. Sie hatte in den zwei folgenden Wochen nach Einstellung der Behandlung zwei Anfälle gehabt; nach diesen hat sie keine mehr gehabt.

Beobachtung X.

Habituelle frontale Kephalalgie mit Paroxysmen, die Migräneanfällen ähneln. — Muskelinduration. — Schmerzen entlang des Nerv. supraorbitalis. — Massage. — Heilung.

Frl. S., Schwedin, 23 Jahre alt, leidet seit drei Jahren an heftigen Kopfschmerzen, die in der linken Frontalgegend begannen und bald den ganzen Kopf einnahmen. Eine stürmische Exacer-

bation ereignete sich auf einer strapaziösen Reise von Schweden nach Frankreich. Dieser neue Anfall dauerte 14 Tage; der Kopfschmerz blieb frontal, anfangs unilateral, später bilateral.

Nach dem Verschwinden eines Anfalls bleibt der frühere dumpfe Kopfschmerz bestehen. Diese Patientin war an der See während des Sommers 1884; sie leidet täglich an Photophobie, ihre Augenlider sind ihr so schwer, dass es ihr fast unmöglich ist, die Augen offen zu halten. Der Schmerz ist zusammenschnürend; die Patientin hat das Gefühl, als ob sie einen sehr engen Reifen um den Kopf hätte; sie leidet immer mehr an der linken Seite. Seit einigen Monaten hat sich der Hauptschmerz von der Stirn nach dem Vertex verzogen. Physische und psychische Ermüdung, Erregung, ein Hustenanfall, Niesen reichen hin, um einen Anfall auszulösen. Der Schmerz ist heftiger vor den Menses und wird weniger heftig, sobald die Menstruation begonnen hat. Witterungswechsel hat keinen Einfluss. Nach einer etwas längeren Reise ist sie so krank, dass sie einige Tage im Bett bleiben muss. Die gastrischen Störungen, die sie ab und zu hat, lösen keinen Anfall aus. Sie ist gewöhnlich bleich, aber wenn sie einen Anfall hat, so wird ihr Gesicht sehr rot. Sie fühlt etwas Linderung, wenn sie zu Bett gehen und schlafen kann. Sie gebrauchte den galvanischen Strom monatelang ohne Erfolg; Chinin. sulphur. per os wirkte nicht besser. Ich finde eine schmerzhafte Schwellung hinter dem Proc. mastoid. beiderseits, eine andere befindet sich auf der Höhe des Schädelansatzes des linken Muscul. trapezius. Druck auf diesen Punkt fühlt sie bis zur Stirngegend über dem Auge derselben Seite. Der Nerv. supraorbit. ist in seinem oberen Teil 6 cm weit der Sitz eines sehr akuten Druckschmerzes, der besonders lebhaft ist, je näher man dem Auge kommt. Dem Nerven entlang befindet sich eine Induration in Form eines sichtbaren Stranges. Keine Druckempfindlichkeit der Cervicalganglien des Nerv. sympathic.

Massage im Frühjahr 1895.

Vier Wochen lang kein Resultat. Die hartnäckigste Veränderung ist diejenige des Nerv. supraorbit., aber trotzalledem verschwindet sie. Nach siebenwöchentlicher Behandlung hat die Patientin eine vollständige Remission für 14 Tage; sie hält sich für geheilt.

Ich sah sie im nächsten Herbst in Paris wieder; sie fühlte sich noch ganz wohl, war während des Sommers im Seebade, ohne den geringsten Schmerz zu fühlen. Ich habe sie im Verlaufe des Winters verschiedentlich gesehen, die Heilung war permanent.

Beobachtung XI.

Myositis der Scaleni. — Schmerzhaftigkeit der Cervicalganglien des Nerv. sympath. — Einige Lymphdrüsen geschwollen. — Kephalalgie mit Paroxysmen seit zehn Jahren. — Massage. — Heilung.

Frl. T., 24 Jahre alt, aus Rom, konsultierte mich das erste Mal im Dezember 1889. Sie war bleich, anämisch und schien sehr leidend zu sein. Der Kopfschmerz begann immer in der seitlichen Hälfte des Nackens und verbreitete sich bald hinterm Ohre nach oben zum Vertex aus. Im Anfang ist er nicht sehr heftig, aber bald wird er ungeheuer schmerzhaft; dann ist der Kopf nach der affizierten Seite gebeugt. Diese Stellung bleibt, so lange der Anfall dauert, d. h. zwischen 24 und 48 Stunden. Wenn die Attacke vorüber ist, so ist die Patientin von Schmerz und Schlaflosigkeit sehr ermattet. Der Schmerz ist akut und schiessend; die Patientin hat das Gefühl, als ob sie mit Nadeln in die Seite des Halses gestochen würde. Seit kurzem hat sie zwei Anfälle wöchentlich. Von Jahr zu Jahr haben sich die Schmerzen an Intensität verschlimmert. Aufregung, Wetterwechsel haben einen entschiedenen Einfluss auf die Anfälle; ein kalter Windzug ist genügend, einen Anfall hervorzurufen. Sie fährt niemals in einem offenen Wagen, ausgenommen bei heissem Wetter. Bei der Untersuchung des Halses finde ich in der rechten Hälfte einige geschwollene Lymphdrüsen, die auf Druck schmerzhaft sind. Der Scalenus med. derselben Seite ist der Sitz einer chronischen Myositis; seiner ganzen Länge entsprechend heftiger Druckschmerz. Massage, die sofort begonnen wurde, hatte eine vollständige Heilung nach zwei Monaten zur Folge, wie der folgende Brief, den mir Patientin am 23. März 1890 von ihrer Heimat aus schrieb, beweist:

„Vor zehn Jahren — ich war damals 14 Jahre alt — fing ich an, zeitweise Schmerzen an der rechten Seite des Halses zu haben, die von ärztlicher Seite als Neuralgie diagnostiziert wurden. Zu der Zeit kamen die Anfälle zwei- bis dreimal im Jahre, aber sie wurden von Jahr zu Jahr häufiger und mehr und mehr schmerzhaft, und die

erkrankten Teile wurden nach jedem Anfall härter. In Rom bezogen meine Ärzte diese Neuralgie auf das Klima und rieten mir für lange Zeit Chinin und andere Fiebermittel. All dieses hatte keinen Erfolg, ich erhielt für mehrere Wochen Injektion von Karbolsäure, aber auch diese Behandlungsmethode hatte keinen Effekt. In Paris konsultierte ich andere Ärzte, die die Anwesenheit geschwollener Halsdrüsen bestätigten und erklärten, dass ich skrofulös sei; sie bezogen die Schmerzen auf den lymphatischen Zustand meines Blutes. Dieserhalb wurde ich zwei Saisons nach Kreuznach in Deutschland geschickt, aber die Behandlung gab mir nur momentane Erleichterung. Im vorigen Jahre, als mein Leiden viel schlimmer geworden war, hatte ich Gelegenheit, Dr. Landovsky in Paris zu konsultieren, der mir ernstlich riet, eine Behandlung von Dr. Norström zu versuchen. Ich war sechs Wochen bei diesem in Behandlung. Während der ersten Sitzungen litt ich mehr und konnte kaum den Druck des Fingers auf den erkrankten Teil vertragen; aber nach 14 Tagen fühlte ich einen wirklichen Fortschritt, und lange vor dem Ende der Behandlung hatte ich nicht die geringste schmerzhafte Sensation. Es ist jetzt vier Monate her, dass die Behandlung ausgesetzt wurde, und ich fühle nicht den geringsten Schmerz, an dem ich zehn lange Jahre so sehr gelitten hatte."

Hier kann ich hinzufügen, dass im Augenblick, als die Behandlung aufhörte, nicht eine Spur von Muskelentzündung mehr zurückgeblieben war. Die Schwellung der Drüsen, verursacht durch die Myositis in der Umgebung, war auch fast ganz verschwunden. Vom Vater der Patientin, der mich im Frühjahr 1893 besuchte, wurde mir berichtet, dass ihr Befinden dauernd dasselbe gute sei.

Beobachtung XII.

Sehr voluminöse und harte Myositisherde hinter dem rechten Ohr, links kleiner und weicher. — Schwellung und Empfindlichkeit entlang des Ansatzes sämtlicher Schädelmuskeln. — Beide oberen Ganglien des Nerv. sympath. an der rechten Seite geschwollen und empfindlich auf Druck. — Ein Fall von langer Dauer und grosser Schmerzhaftigkeit.

Frau R., 55 Jahre alt, verheiratet an einen Ex-Präsidenten des Tribunal de Commerce, gehört zu einer sehr bekannten Familie in Paris, leidet seit ihrem 15. Lebensjahre an Kopfschmerzen. Ausser-

dem leidet sie an schwer definierbaren Schmerzen, die sie von Zeit zu Zeit im ganzen Körper fühlt und die sie auf Rheumatismus schiebt. Bis zu ihrem 50. Jahre, zur Zeit, als sie die Menopause erreichte, waren die Schmerzen relativ ertragbar, sie kamen nur einmal die Woche oder höchstens alle vier oder fünf Tage. Diese Schmerzen schienen der Patientin die Tendenz zu haben, häufiger zu kommen, als sie in die Nähe des Klimakteriums kam. Nach dieser Periode wurde es nicht besser, wie ihr die Ärzte gesagt hatten, sondern sie litt nur noch mehr. Die Schmerzen nahmen nicht nur an Intensität zu, sondern die Anfälle wurden auch so häufig, dass fast kein Tag ohne Schmerzen vorüberging und die Patientin gezwungen war, im Bette zu bleiben. Manchmal verliessen die Schmerzen sie selbst nachts nicht, so dass sie nicht schlafen konnte. Am gesellschaftlichen Leben konnte sie nicht mehr teilnehmen, und wenn sie zufällig gezwungen war, eine Einladung anzunehmen, so bezahlte sie dafür am nächsten Tage mit einem furchtbaren Anfall. Sie litt im Sommer gerade so, wie im Winter. Ausser grosser Ermüdung und ausser dass sie sich kalten Winden oder Zugluft im Nacken aussetzte, hat sie nicht beobachtet, dass ihre Anfälle durch irgend besondere Umstände hervorgerufen würden. Der Schmerz, der meistens akut und schiessend war, begann immer an der rechten Seite des Nackens und strahlte dann nach der Stirn aus, ohne das Auge in Mitleidenschaft zu ziehen. Nach einer oder zwei Stunden ging er auf die andere Seite über, aber war nicht von derselben Intensität. Selten blieb er unilateral. Zur selben Zeit klagte die Patientin über Schmerz in der Schläfengegend; sie hatte ein Gefühl, als ob ihr Kopf in einem Schraubstock zusammengepresst würde. Der Schmerz konnte zu irgend einer Zeit am Tage kommen, aber meistens fühlte sie den Kopfschmerz schon beim Erwachen. Er wurde dann heftiger, um sehr spät, gegen vier oder fünf Uhr nachmittags, etwas geringer zu werden, so dass sie abends frei davon war. Manchmal jedoch, wie ich schon sagte, hielt der Schmerz auch nachts an. Dieses letztere fand dann gewöhnlich statt, wenn der Anfall zu später Stunde einsetzte. Die Patientin empfand geringe Linderung, wenn sie den Nacken instinktiv etwas rieb. Von den Medikamenten, die sie versuchte, wie z. B. Chinin, Akonitin und Antipyrin, verschafften ihr nur die beiden letzten einige Linderung; aber als sie nach einigen Monaten daran gewöhnt war, hatten

auch sie keinen Effekt mehr. Vor drei Jahren versuchte sie auch Elektrizität (Galvanisation) drei Monate lang ohne irgend ein Resultat. Bei der Untersuchung im März 1892 fand ich einen Myositisherd hinter dem rechten Ohr, er war sehr voluminös und hart und entsprach dem oberen Ansatzpunkt des Muse. sterno-cleido mastoid.; unten war er besonders deutlich. Er war empfindlich auf Druck; die Patientin fühlte dann einen heftigen Schmerz in der Stirn, ähnlich demjenigen, den sie im Anfalle verspürte. Im Musculus trapezius befand sich ungefähr zwei Fingerbreit von seinem Schädelansatz ein anderer Herd an derselben Seite. Er war von der Grösse einer kleinen Mandel und war horizontal zum Muskelverlauf gestellt. Wenn man darauf drückte, so empfand die Patientin einen heftigen Schmerz auf der Höhe des Kopfes. Schwellung und Druckschmerz entlang der Ansatzpunkte sämtlicher Schädelmuskeln. Dasselbe fand sich am oberen Ansatzpunkte des Musc. temporal., besonders vorn. Beide oberen Ganglien des Nerv. sympath., besonders das obere, waren geschwollen und empfindlich auf Druck.

An der linken Seite befindet sich eine Induration von kleinerem Umfang und viel weicher als an derselben Stelle an der anderen Seite in dem oberen Teil des Sterno-cleido mastoid. Das obere Ganglion ist ziemlich geschwollen. Der obere Ansatzpunkt des Muse. temporal., besonders vorn, ist geschwollen und druckempfindlich. Schmerzen auf dieser Seite hat Patientin nur während eines Anfalls, zu anderen Zeiten hat sie keinen Druckschmerz, und man kann hier nichts fühlen. Massage hatte einen ausgezeichneten Erfolg trotz des eingewurzelten alten Übels, wie der folgende Brief, den ich Ende März letzten Jahres erhielt, zeigt, und den ich dieser Beobachtung hinzuzufügen wünsche.

„Es macht mir grosses Vergnügen, wiederholen zu können, dass ich jetzt nach drei Jahren noch von jenen schrecklichen Migräneanfällen frei bin, die mir von meinem 15. Jahre an 40 Jahre mein Leben verbittert haben. In den letzten fünf Jahren waren sie ja noch schlimmer geworden. Als ich zu Ihnen kam, war ich durch die Massage nach kaum einem Monat wunderbar gebessert; meine eigenartige Empfindlichkeit gegen alles verschwand und täglich fühlte ich mich besser. Und jetzt endlich, am Ende von dreimonatlicher Behandlung, fühle ich mich in Bezug auf meinen unglücklichen Kopf ganz wohl und gesund.“

Diesen Zeilen möchte ich nur noch hinzufügen, dass schon nach der ersten Sitzung die Patientin 14 Tage schmerzfrei war, und dass sie während der Behandlung fünf Anfälle hatte, deren letzter zehn Tage vor dem Ende der Behandlung stattfand und der ebenso heftig war, wie irgend einer der früheren.

Die Muskelherde, und besonders der eine hinter dem rechten Ohre, waren stets einen Tag vor dem Anfall mehr geschwollen und empfindlicher auf Druck, so dass die Patientin zu sagen pflegte: „Morgen werde ich sicher meinen Anfall haben.“ Sie irrte sich auch nicht einmal. Das nervöse Stadium, in das die Patientin durch dies langjährige Leiden gekommen war, war ganz gebessert und sie fing an, das Leben wieder zu geniessen. Von den Muskelentzündungen war nichts zurückgeblieben, die Ganglien des Nerv. sympath. waren wieder normal.

Ich sah die Patientin in den letzten Tagen im Oktober 1898 wieder; sie sagte mir damals, dass sie, seit sie mich zum letzten Male besucht hatte, nur einmal eines Nachmittags Kopfschmerzen gehabt habe.

Beobachtung XIII.

Fortwährend bestehender dumpfer Schmerz. — Scaleni und Trapezius affiziert. — Myositisherde in sehr mässig fortgeschrittenem Stadium. — Heilung nach dreiwöchentlicher Massage.

Im September 1893 kam Fr. B—n, eine Schweizer Dame, die ich früher erfolgreich wegen Migräne behandelt hatte, mit ihrer 14 Jahre alten Tochter in Ragatz zu mir. Diese litt seit zwei Jahren täglich an Kopfschmerz. Bei der Untersuchung fand ich Muskelentzündungen im Nacken, aber nicht in sehr fortgeschrittenem Stadium. Ich sagte ihr, dass ich fast sicher sei, sie von ihren Schmerzen befreien zu können, aber ich fügte hinzu, dass ich nicht viel Hoffnung hätte, ein definitives Resultat zu erhalten, in der kurzen Zeit (drei Wochen), die mir noch blieben, bis ich von Ragatz nach Paris zurückginge. Auf ihre Bitte jedoch wurde die Behandlung trotzdem begonnen.

Da die Patientin sehr fleissig war, hatten die Kopfschmerzen sie sehr an ihrer Ausbildung gehindert, da dieselben sie am langen und intensiven geistigen Arbeiten hinderten. Ausserdem war sie immer in leicht melancholischer Stimmung. Der Schmerz, der einen dumpfen Charakter hatte, verliess sie fast niemals, mit Aus-

nahme nachts, oder er hinderte sie wenigstens nicht am Schlafen. Er kam ohne die geringste Ursache, nahm den ganzen Kopf ein und war von fortwährendem Übelsein begleitet. Der Schmerz war stets schlimmer vor der Menstruation. Die Scaleni und der Trapezius waren affiziert, besonders an der linken Seite. Im letzteren Muskel befindet sich nahe der Mittellinie an derselben Seite eine ziemlich ausgedehnte Myositis. An der rechten Seite ist diese kleiner und sitzt etwas höher als die andere, ungefähr einen Fingerbreit vom Schädelansatz. Wir haben es hier nicht mit einer sogenannten Induration zu thun, sondern nur mit einer Resistenz mit undeutlicher Begrenzung, indem das erkrankte Gewebe allmählich in gesundes übergeht. Nach dreiwöchentlicher Massage war noch ein kleiner Teil dieses erstgenannten entzündlichen Herdes zurückgeblieben, und doch erklärt die Patientin, seit einigen Tagen nicht gelitten zu haben. Von der anderen Schwellung war nichts zurückgeblieben. In einem Brief, den ich von ihrer Mutter Ende März 1902 erhielt, schrieb dieselbe mir, dass die Schmerzen ihre Tochter verlassen hätten, und dass sich auch ihr Charakter ganz geändert habe. Gerade so sehr wie sie früher kopfhängerisch und melancholisch gewesen sei, so vergnügt und lebhaft sei sie jetzt. Was den Erfolg klar beweist, sagt die Mutter, ist, dass einer ihrer Lehrer mir gestern sagte, dass sie stets die Erste in ihrer Klasse sei.

Dies alles bestärkt mich in dem Glauben, dass, dank des Einflusses ihrer Natur und Jugend, die Überbleibsel der Myositis, die ich erwähnt habe, von selbst verschwunden sind.

Beobachtung XIV.

Alteingewurzelter Fall. — Die Symptome waren von grosser Intensität. — Die meisten Halsmuskeln sind affiziert. — Links stellten die Herde mehr eine Schwellung als eine wirkliche Induration dar.

Herr B—n, Auktionator, 45 Jahre alt, hat seit 35 Jahren an Kopfschmerz gelitten. Die Schmerzen, die vor sieben Jahren einen weniger heftigen Charakter hatten, haben sich seitdem an Intensität verschlimmert. Sie werden hauptsächlich durch feuchtes und kaltes Wetter hervorgerufen. Der Patient leidet weniger im Sommer. Ein kalter Luftzug genügt, um einen Anfall hervorzurufen, physische Ermüdung und besonders spätes Aufsitzen haben dasselbe Resultat.

Dasselbe findet statt nach geistiger Ermüdung und nach aller Arbeit, die eine intensive Anstrengung des Geistes verlangt. So hat Patient seit mehreren Jahren sein Hauptvergnügen, das Kartenspiel, aufgeben müssen. Der Anfall beginnt meistens während des Tages und dauert manchmal während der Nacht an. Oftmals wird der Patient mitten in der Nacht von heftigen Schmerzen, die ihm den Schlaf rauben, aufgeweckt. Sein Kopf ist so empfindlich, dass er aus Furcht, ihn auf das Kissen legen zu müssen, nachts aufbleibt und im Zimmer herumgeht; er legt sich erst nieder, wenn er ganz erschöpft ist. Der Anfall dauert 12 bis 36 Stunden, das letztere übrigens nur selten. Der Schmerz, der immer akut ist, wird oft so heftig, dass der Patient, wie er sich ausdrückt, glaubt, dass sein Kopf bersten wolle. Die rechte Seite ist häufiger affiziert, aber manchmal geht der Schmerz nach einigen Stunden auch auf die linke Seite über. Er fängt über der rechten Schläfe an und breitet sich schnell über die Stirn, den Vertex und den Nacken aus; von Zeit zu Zeit, besonders, wenn Patient sich direkt dem Winde aussetzt, fängt der Anfall in der Stirn an. Das Gesicht und besonders die Augen werden rot; die Gefässe erweitern sich und das Gesicht ist hin und wieder von kaltem Schweiss bedeckt. Hitzapplikation direkt auf den Kopf bringt ihm etwas Erleichterung. Antipyrin, das ihm anfangs half, hat seit einiger Zeit keine Wirkung mehr. Er hatte etwas Nutzen von einem Aufenthalt in Aix-les-Bains und Dax. Seit vorigem Februar nimmt er von Zeit zu Zeit ein Morphiumpräparat.

Rechts finde ich voluminöse Indurationen im Muse. sternocleido mast. nahe seiner oberen Anheftung. Im unteren Teile des Muse. scalen. antic. befindet sich eine Resistenz von der Grösse einer Mandel. Ein sehr harter Strang geht schräg durch den Trapezius bis zu seiner Schädelinsertion. Am oberen Ansatz ist der Deltoideus geschwollen und druckempfindlich, besonders medianwärts. Der Nervus supraorbitalis ist nahe dem Rande der Orbita sehr druckempfindlich. Er ist hier etwas verdickt und scheint der Sitz einer Perineuritis zu sein. Das erste Ganglion des Nerv. sympath. ist geschwollen und auf Druck schmerzhaft. An der linken Seite Schwellung des Trapezius und Splenius an ihrer Schädelanheftung.

Behandlung mit Massage wurde am 2. Mai 1894 begonnen. Ich war gezwungen, die Behandlung im letzten Teil des Juni zu

unterbrechen, da ich nach Ragatz ging. Während des Sommers hatte der Patient nur zwei leichte Anfälle. Als er Ende November infolge von kaltem Wetter wieder einige Schmerzen in der Stirn- und Schläfengegend verspürte, kam er wieder zu mir, um die Behandlung fortzusetzen und zu beenden.

Nach fünfwöchentlicher Massage sind keine Muskelentzündungen mehr zu finden; der Nerv. supraorbitalis war nicht mehr druckempfindlich.

Seit der Zeit bis zu Anfang Oktober 1900, als ich den Patienten zum letzten Male sah, war sein Befinden äusserst zufriedenstellend. Die auslösenden Ursachen indessen hatten nicht gefehlt, und unter diesen besonders möchte ich die kalte Zugluft erwähnen, der er so oft in den Räumen, in denen er dem Verkauf von Pferden in Paris (Tattersall) vorstand, ausgesetzt war. Er hatte ausserdem einigemal Influenza, aber wo er früher ein wirkliches Martyrium durchmachte, hat er jetzt nur eine Andeutung von Kopfschmerz, wie er sich ausdrückt; ausserdem kann er sich wieder am Kartenspiel erfreuen, ohne die geringsten Beschwerden nachher zu haben.

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

Verlag von **Georg Thieme** in **Leipzig.**

Handbuch der physikalischen Therapie.

Unter Mitwirkung hervorragender Mitarbeiter

herausgegeben von

Prof. Dr. **A. Goldscheider** und Prof. Dr. **P. Jacob.**

Allgemeiner Teil.

244 Abbildungen. M. 30.—, geb. M. 34.—.

Spezieller Teil.

140 Abbildungen. M. 26.—, geb. M. 30.—.

. . . Der vereinten Kraft dieser hervorragenden Mitarbeiter ist es gelungen, bereits in diesem ersten Teilband einen sicheren und wichtigen Grundstein für ein Werk zu legen, welches bei seiner Vollendung zweifellos zu den fundamentalsten der Neuzeit gehören wird. — Die Ausstattung kann nicht besser gedacht werden. *(St. Petersburger medicin. Wochenschrift 1901 No. 37.)*

. . . Das Erscheinen des Handbuches der physikalischen Therapie ist geradezu eine Notwendigkeit für die medicinische Litteratur; jeder praktische Arzt sollte dasselbe seiner Bibliothek einverleiben.

(Die Heilkunde 1902 Mai.)

Entstehung und Bekämpfung der Lungentuberkulose

von

Prof. Dr. **P. Jacob** und Dr. **G. Pannwitz**

Oberarzt an der I. medicin. Klinik der Königl. Charité in Berlin.

Generalsekr. d. Deutschen Centralkomitees für Lungenheilstätten.

Band I. (Entstehung) M. 10.—.

Band II. (Bekämpfung und Abwehrmassregeln) M. 12.50.

. . . So bringt das von autoritativster Seite verfasste Werk — denn beide Autoren gehören seit Jahren zu den wissenschaftlichen Vorkämpfern der Tuberkulosebewegung — dem Arzte wie dem Hygieniker, ja selbst auch dem Verwaltungsbeamten, Politiker etc. ein unschätzbares Material, dessen vorzügliche Sichtung und Bearbeitung das Studium dieser Frage zu einem ebenso anregenden wie nutzbringenden macht.

(Zeitschrift f. diätet. u. physik. Therapie Bd. VI Heft 9.)

Buchdruckerei Richard Hahn (H. Otto), Leipzig.

Von demselben Verfasser sind weiter erschienen:

Traitement des raideurs articulaires (fausse ankylose), au moyen de la rectification forcée et du massage. 8°. 1887.

Traitement de la migraine par le massage. 8°. 1885.

Le massage de l'utérus. 8°.

Traité théorique et pratique du massage. 2. édition, entièrement refondue.

Céphalagie et massage. Paris 1890. 8°.

Massage dans les affections du voisinage de l'utérus et de ses annexes. Paris 1892. 8°. 141 pages.

Formulaire du massage. Paris 1895. 16°.

Handbook of massage. New York 1896. 8°. 246 pages.

Cephalalgy and massage. New York 1896. 8°. 52 pages.